Temas Livres em Ginecologia

TLG 001 ENDOMETRIOSE: O QUE DIZEM AS REDES SOCIAIS?

Mendonça M[1], Farace B[1], Ribeiro[2] L, Silverio R[2], Ferreira M[1], Moreira T[2].

1. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFMG;

2. Equipe Multidisciplinar de Endometriose e Dor Pélvica Crônica, Hospital das Clínicas da UFMG, Belo Horizonte;

Relevância: As redes sociais se consolidaram como importantes meios de comunicação em massa, inclusive na área médica. Essas ferramentas, quando se baseiam em referências confiáveis e utilizam linguagem acessível, são de grande valia para difundir informações sobre a endometriose, doença prevalente, porém pouco conhecida, tanto por leigos, quanto por profissionais. Objetivo: Analisar a qualidade das informações sobre endometriose disponíveis em redes sociais (Facebook). Metodologia: Foi realizada busca no Facebook com as palavras chave: "endometriose" e "endometriosis" para identificar páginas em português, inglês e espanhol. Foram selecionadas páginas relevantes e identificados: autor (médico ou leigo), número de seguidores, frequência de publicação e país de origem. Os dados obtidos foram comparados como os da página da Equipe Multidisciplinar de Endometriose e Dor Pélvica Crônica do Hospital das Clínicas da UFMG (HC-UFMG). Resultados: A busca revelou 399 páginas sobre endometriose no Facebook, englobando as 348 páginas mais relevantes em inglês ou espanhol e todas as 51 páginas existentes em português. Do total, 311 (77,9%) foram consideradas ativas (ao menos uma publicação no ano de 2017) e cerca de 20% alegam estar relacionadas ao conhecimento científico através da participação de algum profissional da saúde dito especialista em endometriose, na maioria das vezes médicos. A página com mais seguidores (59.666), é de uma clínica em São Paulo. Entre as 10 páginas mais seguidas, quatro estão relacionadas a médicos. Foram analisadas páginas de 44 países, sendo Estados Unidos (n=81), Brasil (n=49) e Reino Unido (n=46) aqueles com mais páginas publicadas. As páginas são heterogêneas em seu objetivo e conteúdo, não sendo possível uma comparação objetiva nestes quesitos. A página da Equipe Multidisciplinar de Endometriose e DPC do HC-UFMG é ativa, com cerca de três publicações por mês, e 1.635 seguidores no momento, sendo 98% brasileiros e mais de 80% mulheres. Os posts já foram vistos por mais de 30.000 pessoas, sendo a maioria mulheres com idade entre 25-34 anos (42%) e 35-44 anos (19%). Os posts mais vistos se referiam aos seguintes temas: risco de trombose e uso de anticoncepcional hormonal (n=11078); uso contínuo de anticoncepcional hormonal (n=6468); endometriose profunda infiltrativa (n=4597) e uso do sistema intrauterino de levonorgestrel (n=4045). Conclusão: Inúmeras páginas disponibilizadas no Facebook versam endometriose e são heterogêneas. Embora não tenha sido possível avaliar a qualidade do conteúdo é preciso informar nossas pacientes e a população em geral a maioria das informações disponibilizadas no Facebook sobre endometriose devem ser lidas com cautela visto que são de fontes leigas e carecem de confiabilidade. Disponibilizar informação clara e confiável é fundamental para que mulheres e seus familiares consigam entender sua doença e participar ativamente do seu tratamento.

TLG 002 AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA CIRURGIA PARA ENDOMETRIOMA NA TAXA DE GRAVIDEZ EM MULHERES COM ENDOMETRIOSE INTESTINAL

MENDONÇCA M[1], AMORIM L[2], ÁVILA I[2], MACHADO L[2], PYRAMO L[2],

1. Centro de Reprodução Humana, Hospital MATER DEI, Belo Horizonte;
2. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil;

Introdução: A endometriose profunda (EP) é considerada uma entidade específica definida como lesões que se estendem a mais de 5 mm abaixo da superfície peritoneal. Na presença de EPI a taxa de fecundidade mensal pode diminuir em até 50%. A presença do endometrioma, em mulheres inférteis submetidas à FIV/ICSI, apresenta impacto negativo nas taxas de gravidez cumulativa. Objetivo: Estudar o impacto do endometrioma na fertilidade de mulheres com endometriose intestinal submetidas a tratamento cirúrgico com equipe multidisciplinar de endometriose. Pacientes e métodos: Estudo de coorte retrospectivo, realizado no hospital BIOCOR, com pacientes submetidas a videolaparoscopia para tratamento de EP de maio de 2007 a maio de 2016. A participação neste estudo foi inteiramente voluntária e o protocolo aprovado pelo comitê de ética (aprovação COEP CAAEE: 41327014.5.0000.5149). Foram realizadas 212 cirurgias, sendo 106 por EP com acometimento intestinal. Destas, 60 pacientes tentaram engravidar após a cirurgia, das quais, 41 apresentavam endometrioma associado. O desfecho final analisado foi a taxa de gravidez associada à cirurgia do endometrioma. A taxa cumulativa de gravidez foi calculada e o $p<0,005$ foi considerado significativo. Resultados: Das 60 pacientes portadoras de EPI com desejo de gestar, 41 (68,3%) foram submetidas ao tratamento cirúrgico do endometrioma. Destas 41 pacientes, 18 engravidaram apresentando uma taxa de gravidez geral de 64,3%. Não observou associação negativa entre a presença de endometrioma e a ocorrência de gravidez. ($p=0,586$). Das 41 pacientes que desejavam engravidar, 16 foram submetidas à FIV, e destas, 6 engravidaram. A taxa de sucesso do tratamento de FIV foi de 37,5% neste grupo estudado. Das 25 pacientes que não foram submetidas à FIV, 12 (48%) engravidaram de forma espontânea. A idade média das pacientes que engravidaram foi de 33,6 anos no grupo de FIV e 31,6 anos no grupo espontâneo. O tempo decorrido entre a cirurgia e a gravidez foi de 11,7 meses no grupo da FIV e 6,5 meses no grupo espontâneo. Conclusão: Apesar de a literatura apontar a presença de endometrioma e sua exérese como fatores negativos na taxa de gravidez, neste grupo de pacientes estudado não se verificou tal relação. A abordagem cirúrgica do endometrioma em centro multidisciplinar especializado em endometriose é vital para a preservação da fertilidade e manutenção de chances de gravidez futura.

TLG 003 O QUE PENSAM OS MÉDICOS SOBRE TERAPIA HORMONAL (TH) NO CLIMATÉRIO 15 APÓS O ESTUDO WHI (Women's Health initiative)

GUIMARAES ACP[1], COELHO G[1], FERREIRA M[1], MENDONÇA M[1]

1. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFMG

Objetivo: avaliar o que pensam os médicos sobre a prescrição da terapia hormonal (TH) no climatério e tentar identificar mitos e barreiras para o uso da TH 15 anos após a publicação do estudo Women's Health initiative (WHI). Métodos: Um questionário foi aplicado a 308 ginecologistas presentes nos congressos de ginecologia e obstetrícia em maio de 2015 e maio de 2016, que aceitaram participar do estudo. Basicamente três perguntas foram feitas: (1) Quais são os três fatores que o(a) senhor(a) considera ao indicar a TH para suas pacientes?; (2) Quais são os principais benefícios que o(a) senhor(a) considera ao indicar a TH para suas pacientes? (3) Quais são as principais barreiras para você como médico ao considerar a TH para suas pacientes?. O protocolo do estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 19156513.7.00005545). Resultados: Entre os 308 entrevistados, 115 eram mulheres e 91 homens com idade média $45,3\pm11,3$ anos sendo 53% com mais de 20 anos de formado, e 78% eram especialistas em ginecologia e obstetrícia (GO). A satisfação da mulher, a presença de contraindicações mínimas e a conveniência para a mulher foram os principais fatores que os médicos levaram em consideração ao prescrever TH. Entre os benéficos que a TH teria, seriam a melhora da síndrome climatérica, da autoestima e do humor. Apontaram ainda o risco de câncer de mama (75,8%), tromboembolismo (77,9%), custo da terapia (35,1%) e risco de câncer de endométrio (33,3%) como as principais barreiras para prescrição da TH. Estes médicos frequentam 2 ou mais cursos de atualização/ano e a maioria considerou o acesso a dados científicos e a artigos científicos em publicações especializadas como fatores importantes para a prescrição da TH. Conclusão: Embora considerem haver benefícios da TH para as mulheres, os médicos ainda percebem o risco de tromboembolismo e câncer de mama como barreiras ao uso da TH. A TH é tema importante na saúde da mulher mas mesmo os médicos que se mantém atualizados ainda temem os riscos envolvidos.

TLG 004 PREVALÊNCIA DE DISTÚRBIOS METABÓLICOS EM PACIENTES PORTADORAS DE SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS ATENDIDAS NO AMBULATÓRIO DA FCMMG

VALENTIM GFS[1], MONTEIRO PIP[1], CARVALHO TF[1], SILVEIRA ALR[2], VALENTIM CLS[3], MARINHO RM4,

1 Acadêmico 6º Ano do Curso de Medicina da FCMMG;. 2 Acadêmica de Medicina do 4º Ano da FCMMG. 3 Acadêmica de Medicina do 4º Período da Uni-BH. 4. Professor de ginecologia da FCMMG e diretor científico da Clínica Pro Criar Medicina Reprodutiva.

Introdução: A síndrome dos ovários policísticos é a endocrinopatia mais comum na mulher, apresentando prevalência de 6 a 10% na idade reprodutiva. Pode ser identificada em 30 a 40% nas pacientes com infertilidade, sendo responsável por cerca de 80% dos casos de hiperandrogenismo na mulher. O diagnóstico requer a detecção de hiperandrogenismo, disfunção ovulatória e achados morfológicos de ovários policísticos. O aumento da produção de androgênios pelos ovários tem origem poligênica, multifatorial e resulta, na maioria dos casos da resistência à insulina. Estas mulheres apresentam maior susceptibilidade a dislipidemia, obesidade, diabetes gestacional, diabetes mellitus tipo II, doença cardiovascular, hiperplasia endometrial e câncer de endométrio, o que torna o reconhecimento desta condição fundamental na prática médica. Objetivo: Identificar a prevalência de alterações metabólicas como dislipidemias, diabetes e intolerância à glicose, bem como os principais sinais e sintomas em pacientes com SOP atendidas do ambulatório da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. Método: Trata-se de um estudo observacional, predominantemente descritivo, no qual foram levantados no Ambulatório de Infertilidade da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais 42 prontuários de pacientes diagnosticadas com Síndrome dos Ovários Policísticos, atendidas nos anos de 2016 e 2017. O diagnóstico foi firmado com base nos critérios de Rotterdam. Resultados: A idade média das pacientes foi $28,60 \pm 5,42$ anos. Quase todas as mulheres tinham história de infertilidade (97,6%), dado esperado, já que os prontuários eram de pacientes atendidas no ambulatório de infertilidade, sendo o tempo médio de $4,26 \pm 2,63$ anos. A maioria destas mulheres não teve nenhuma gravidez (76,2%), nenhum parto (85,7%) e nenhum aborto (83,3%). O distúrbio metabólico mais comum foi a circunferência abdominal acima de 88 cm (89,3%), seguido da obesidade (67,9%), resistência insulínica (57,7%), intolerância à glicose (26,7%) e dislipidemia (16,7%). A síndrome metabólica foi observada em 9,8% das mulheres, e o diabetes mellitus em 7,3%. Das alterações cutâneas, hirsutismo foi encontrado em 52,4% das mulheres, seguido por acantose nigricans em 37,5% e acne 18,2%. Além disso, hipertensão arterial fazia parte do quadro em 12,2% dos casos. Discurssão/Conclusão: O estudo demonstrou grande associação da doença com circunferência abdominal aumentada, obesidade, resistência insulínica e hirsutismo. As prevalências encontradas para hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, dislipidemia e síndrome metabólica são superiores às de pacientes hígidas de idade semelhante, o que permite concluir que alterações metabólicas são mais prevalentes em portadoras de SOP e requerem atenção especializada. Conhecer a doença e suas consequências é de extrema valia, já que direcionará os cuidados preventivos e a abordagem terapêutica destas mulheres, diminuindo complicações a longo prazo.

TLG 005 EFEITO DA RESTRIÇÃO CALÓRICA A PARTIR DO NASCIMENTO SOBRE A FISIOLOGIA REPRODUTIVA E METABOLISMO DE RATAS

GODOI BB[1], LIMA KS[1], MELO DS[1], RODRIGUES CM[1], BITENCOURT FS[1], BELLO FLM[1], PEIXOTO MFD[1], SAMPAIO KH[1].

1. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Estudos recentes demonstram que a restrição calórica (RC) iniciada após o nascimento e mantida durante a vida apresenta repercussões positivas, melhorando diferentes parâmetros cardiometabólicos e aumentando a longevidade. Considerando a ausência de estudos sobre o efeito desse tipo de dieta na fisiologia reprodutiva feminina e na diferença metabólica entre gêneros, o presente estudo investigou o efeito da RC de 50% iniciada após o nascimento e mantida até idade adulta. O protocolo experimental foi aprovado pela CEUA/UFVJM (nº 040/2016). Para os experimentos, os animais foram divididos em 4 grupos: FAD) Fêmeas ad libitum; FR) Fêmeas restritas; MAD) Machos ad libitum; MR) Machos restritos. Após o nascimento, foram mantidos 8 filhotes/rata e a amamentação foi mantida por 21 dias. As mães dos grupos restritos foram submetidas à RC de 50% em relação aos grupos ad libitum. Foram avaliados o peso corporal semanalmente, o consumo de ração, puberdade, peso dos tecidos, ciclo estral (analogamente ao ciclo menstrual das mulheres) e taxa ovulatória. Além disso, aos três meses, os animais foram submetidos aos testes de tolerância oral à glicose (TOTG) e de tolerância intraperitoneal à insulina (IpITT), e à gasometria para avaliação do consumo de O2 (VO2), produção de CO2 (VCO2), coeficiente respiratório (R.Q.) e taxa metabólica basal (EE). Os dados foram submetidos à ANOVA duas vias seguido pelo pós-teste de Bonferroni, sendo considerado significativo $P < 0,05$. A RC promoveu um adiantamento significativo da puberdade, ocorrendo em média aos 3-5 dias no grupo restrito e 38 dias no grupo controle. Foi observada correlação positiva entre o peso corporal e idade de abertura vaginal ($P < 0.001$ e $R 2 = 0,78$). Todas as fêmeas controles apresentaram ciclos estrais regulares de 4,6 dias. As fêmeas restritas apresentaram ciclo estrais irregulares, sendo observada apenas uma fêmea acíclica. A RC também promoveu um prolongamento do ciclo estral, com duração de 8 dias entre as fêmeas que apresentaram até 2 estros do período de observação. A taxa ovulatória não apresentou diferença significativa entre os grupos. Houve diferença nos pesos do hipotálamo, do útero, do fígado, e das gorduras retroperitoneal e parametrial. Não houve diferença no peso dos ovários, indicando que houve preservação de massa mesmo com a RC. Em relação aos parâmetros metabólicos, a RC promoveu diferença significativa no peso corporal dos animais (machos e fêmeas) desde a primeira semana após o nascimento. Na fase adulta, as FR alcançam valores menores de glicemia após 8h de jejum, enquanto os outros grupos apenas após 12h. As FR apresentaram diminuição significativa da TOTG, dos VO2, VCO2 e EE quando comparado às FAD, não sendo observada diferença significativa entre os machos. O IpITT e a R.Q. não apresentaram diferença significativa entre os grupos. Em resumo, a RC foi capaz de promover alterações significativas em diferentes parâmetros reprodutivos, como na idade de puberdade, sem prejuízo aparente na fertilidade das ratas, visto que elas continuavam ciclando e não houve diferença entre os grupos em relação à taxa ovulatória. Foi possível demonstrar também que as fêmeas apresentam ajustes metabólicos mais acentuados à RC quando comparado aos machos, indicando possíveis mecanismos adaptativos/evolutivos no gênero feminino em relação a esse tipo de dieta.

TLG 006 VALIDAÇÃO EXTERNA DO ÍNDICE DE FERTILIDADE E ENDOMETRIOSE (EFI) EM PACIENTES COM ENDOMETRIOSE MODERADA E GRAVE EM UMA POPULAÇÃO BRASILEIRA

RODRIGUES DM[1], ÁVILA I[1], AMORIM LVC[1], CARNEIRO MM[1], FERREIRA MC[1]

1. Universidade Federal de Minas Gerais

Introdução: A endometriose é uma doença benigna, progressiva e estrogênio-dependente que pode causar dor pélvica crônica e infertilidade, acometendo até 50% das mulheres com estes sintomas e 6 a 10% das mulheres em geral. O sistema de estadiamento mais usado é o índice revisado da American Fertility Society, que é incapaz de prever taxas de gravidez em pacientes inférteis. Em 2010, foi desenvolvido o EFI (Endometriosis Fertility Index) que coleta dados clínicos prospectivamente, avalia resultados da infertilidade e prevê taxas de gravidez espontânea em pacientes submetidas à cirurgia para tratamento de endometriose. O EFI inclui avaliação de fatores históricos e cirúrgicos e o escore final está associado à taxa de gravidez espontânea após realização de laparoscopia para tratamento de endometriose. Não há até o momento, estudo de validação na população brasileira. Objetivo: Validação Externa do EFI em pacientes sintomáticas, submetidas à cirurgia laparoscópica para tratamento de endometriose moderada e grave associada à infertilidade em uma população brasileira. Material e Método: Foi realizada avaliação retrospectiva de 212 prontuários de pacientes submetidas à laparoscopia para tratamento de endometriose moderada e grave associada à infertilidade pela equipe de Endometriose do Hospital Biocor -BH/MG no período de 2007 a 2016. Todas as pacientes foram operadas pela mesma equipe de cirurgiões. O follow up foi obtido por contato telefônico onde as pacientes responderam um questionário, conseguindo 144 contatos. Critérios de inclusão de pacientes: idade até 43 anos; ter sido submetida à laparoscopia por endometriose moderada e grave associada à infertilidade. Critérios de exclusão de pacientes: - Idade acima de 43 anos; dados incompletos em prontuário; descrição cirúrgica incompleta; pacientes sem contato telefônico; pacientes que desistiram de engravidar após a CVL; pacientes com alteração estrutural uterina importante; fator masculino associado (espermograma alterado) Após avaliação dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionadas 77 pacientes. O período de acompanhamento após laparoscopia considerado foi de 36 meses. O EFI (Endometriosis Fertility Index) foi calculado baseado em dados das descrições cirúrgicas, por uma única pessoa. Resultados: A maioria das pacientes apresentava infertilidade primária (77%). Somente 12 tinham tido gestação anterior. Todas as 53 pacientes incluídas tentaram engravidar anteriormente e, destas, 29 obtiveram gravidez após a cirurgia (54,7%), sendo que 52% destas engravidaram nos 6 meses subsequentes à cirurgia e mais 31% nos outros 6 meses. O EFI se correlacionou com as chances de gravidez nos 36 meses avaliados. No entanto, devido a limitações do tamanho da amostra e do tipo de paciente referenciado para este serviço, somente 3 pacientes tiveram EFI igual a 9, o que certamente influenciou na taxa de gravidez obtida. Discussão/conclusão: O EFI parece ser útil na predição de taxas de gravidez em pacientes operadas de endometriose. Mais estudos com amostras maiores são necessários para melhor validação do índice na população brasileira.

TLG 007 RETRATO EPIDEMIOLÓGICO DA ENDOMETRIOSE NO BRASIL E PERSPECTIVAS FUTURAS.

SOUZA CS[1], CORREIA ALAB[1], EULETÉRIO JÚNIOR J[1], GODOI BB[2], KURDEJAK A[3], PAIVA CF[3], CALIMAN LP[3], PAIVA PF[3]

Introdução: A endometriose é uma patologia crônica, caracterizada pela presença ectópica de células semelhantes ao endométrio, mais comumente encontradas no peritônio pélvico, nos ovários e no septo retovaginal. Mulheres com endometriose podem ser assintomáticas ou se queixarem de dispareunia, dor pélvica crônica, infertilidade e abundância do fluxo menstrual. O tratamento mais difundido atualmente é a terapia hormonal, geralmente oferecida quando não há desejo de gravidez. Objetivo: Traçar um panorama epidemiológico acerca dos índices mais atualizados de endometriose no Brasil, analisando o manejo da enfermidade na última década. Métodos: Estudo retrospectivo de casos de endometriose diagnosticados e catalogados no Sistema de Internações Hospitalares do Sistema Único de Saúde, bem como revisão de literatura. Resultados: Estima-se que cerca de 7 a 10 milhões de mulheres sofrem de endometriose no Brasil, sendo 176 milhões no mundo. A literatura aponta antecedentes familiares de 1º grau em aproximadamente 5,3% das pacientes, com 56,5% delas nulíparas versus 43,4% que já tinham ficado grávidas. Há um predomínio de mulheres brancas acometidas (77%), seguidas por negras/pardas (19%) e amarelas (4%). Os principais sintomas são dismenorreia (58%), dispareunia (49%), dor pélvica (45%), disfunção sexual (44%), perda da produtividade (41%), infertilidade (27%), pontos gatilhos (25%), ansiedade (24%), estresse (23%), angústia (20%), depressão (19%), dor lombar (18%), distensão abdominal (16%), hiperalgesia (15%), cólica intestinal (14%), disquezia (13%), disúria (13%), constipação (12%) e estenose intestinal (9%). Entretanto, há pacientes assintomáticas, com média de sete anos entre o início dos sintomas e o diagnóstico. A obesidade, menarca precoce e gestações tardias relacionam-se com maior risco de endometriose. A faixa etária de 30 a 34 (28%) compreende o maior índice diagnóstico, seguida por 35 a 39 (25%), 25 a 29 (22%) e 40 a 44 (15%). O DATASUS registrou, de janeiro de 2008 a janeiro de 2018, 142.485 internações hospitalares por endometriose, sendo que o Sudeste destacou-se (59.380), seguido do Nordeste (39.066), Sul (26.093), Centro-Oeste (10.359) e Norte (7.587). Foram gastos um total de R$97.674.141,96, distribuídos proporcionalmente entre as regiões. A média de valores por internação foi R$685,50; porém, o Nordeste e o Sul tiveram gastos superiores à média nacional (R$706,17 e R$713,30, respectivamente). O total de óbitos por endometriose foi 205, com cerca de 50% apenas no Sudeste. Conclusão: A mulher com endometriose tem repercussões em sua vida social, profissional e psicológica, devido às dores recorrentes e à infertilidade, o que demanda uma resolução rápida e eficaz. A doença é cíclica ao período menstrual; dessa forma, sua intensidade diminui com a idade, em função da queda do estrogênio. O tratamento engloba desde exercícios físicos, analgésicos, análogos do hormônio liberador de gonadotrofina até intervenção cirúrgica.

TLG 008 AS INTERFACES ENTRE A IMUNOLOGIA E REPRODUÇÃO ASSISTIDA NO SÉCULO XXI

PAIVA, P. F.[3]; SOUZA, C. S.[1]; STRAUB, A. J.[3]; ALMEIDINHA, L. D.[3]; PAIVA, C. F.[3]; GODOI, B. B.[2]; CALIMAN, L. P.[3]; JÚNIOR, J. E.[1]

1. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri; 2. Universidade Federal do Ceará; 3. Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora

Introdução: A imunologia reprodutiva vem assumindo importante papel de liderança nos últimos anos, diante da repetida falha de embriões que não conseguem implantar ou são abortados. Durante o processo reprodutivo, vários fatores imunológicos são considerados, diante da sua íntima relação com o sistema endócrino e nervoso, possibilitando, desta forma, que substâncias como hormônios e neurotransmissores sejam sintetizados por todos estes sistemas e apresentem modificações em determinadas funções. Objetivo: Estudar a evolução da relação entre a imunologia e a reprodução assistida no manejo da infertilidade, considerando avanços e desafios dos últimos 17 anos. Métodos: Revisão sistemática de literatura, baseada em dados publicados em artigos pesquisados nas bases de dados médicas online PubMed, Scielo e Cochrane. Resultados: No século XXI, houve um número significativo de avanços no campo da medicina reprodutiva, com maior sucesso nos tratamentos para infertilidade. Desde Louise Brown, 1º bebê de proveta do mundo, a técnica da fertilização in vitro evoluiu consideravelmente; porém, muitas mulheres ainda experimentam falência recorrente de implantação após a fertilização in vitro ou a perda de gravidez recorrente, tendo como uma das causas os processos imunomediados, tanto humoral quanto por células, caracterizados por aumento de citocinas pró-inflamatórias e células Treg no sangue periférico e tecido uterino. A regulação da resposta imune materna também é considerada crítica para a implantação e a realização de uma gravidez bem-sucedida. Ademais, a falha da fertilização in vitro é associada a respostas desequilibradas de Th1/Th2/Th17/Treg e o plasma seminal pode ter um efeito positivo nos resultados da fertilização através de mudanças nos subconjuntos de células T de sangue periférico. As modalidades de terapias atuais englobam imunomoduladores e imunossupressores, como imunoglobulinas intravenosas, corticosteroides, antagonistas de TNFα (por exemplo, adalimumab, não associado a aumento na frequência de malformações) e inibidores da calcineurina (ex. tracolimus, seguro tanto para a mãe quanto para o feto). Ainda que tenha havido evolução das tecnologias de reprodução assistida e já tenham passado 40 anos desde o 1º bebê de proveta no mundo, tais tecnologias permanecem disponíveis quase que exclusivamente para o setor privado da Medicina. Tal concentração nesse setor tem aprofundado desigualdades e agudizado vulnerabilidades de pessoas excluídas desse acesso. Conclusão: Apesar dos avanços recentes nas tecnologias de reprodução assistida, alguns desafios permanecem, principalmente relacionados às taxas de sucesso de gravidez, nascimentos múltiplos e distúrbios genéticos. Neste contexto, a imunologia representa uma ferramenta valiosa para identificação de soluções para a medicina reprodutiva, respondendo por maior especificidade e sensibilidade às modalidades diagnósticas e aos tratamentos futuros.

TLG 009 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E VOLUMETRIA DE MEMBRO SUPERIOR EM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA

FURTADO RS[1], FELICÍSSIMO MF[2], RESENDE LV[3], FERREIRA APM[4], MESQUITA LA[5], SILVA JÚNIOR GA[6], SILVA FILHO AL[7].

1. Acadêmica de Medicina da UFMG; 2. Fisioterapeuta. Professora da Faculdade FASEH, Vespasiano, MG, Brasil 3. Fisioterapeuta, Demógrafa, pesquisadora visitante da Fundação João Pinheiro, MG, Brasil.; 4. Fisioterapeuta. Professora da Faculdade UNIBH, Belo Horizonte, MG, Brasil; 5. Fisioterapeuta. Professora da Faculdade Universo, BH, MG, Brasil; 6. Médico. Coordenador do Serviço de Mastologia, Mestre em Medicina pela UFMG; 7. Médico. Professor Adjunto do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina, UFMG, BH, MG, Brasil

Introdução: O tratamento do câncer de mama tem aumentado a sobrevida das mulheres. Contudo, as morbidades decorrentes da terapêutica oncológica podem repercutir negativamente no prognóstico funcional e na qualidade de vida das sobreviventes. Objetivos: Descrever o perfil das mulheres submetidas à cirurgia de câncer de mama e relacionar a variação da volumetria direta de membro superior com sua qualidade de vida. Metodologia: Estudo transversal, parte do projeto de extensão "Mulher Ativa", da Faculdade de Medicina de Minas Gerais. As mulheres, no pós-operatório tardio de cirurgia de câncer de mama, foram recrutas no Ambulatório de Oncologia Mamária do Instituto Jenny Faria, entre os meses de agosto e dezembro de 2017. Foram analisadas características sociodemográficas e de saúde e aplicado o questionário WHOQOL-bref, incluindo a pergunta considerada neste estudo: Como você avalia sua qualidade de vida? As respostas variaram de "muito ruim" a "muito boa". Já como medida objetiva de avaliação do membro superior homolateral à cirurgia, foi realizada a volumetria direta bilateral, tendo sido pesado em balança digital, o volume de água extravasado. A análise descritiva foi realizada por meio de distribuição de frequências, médias, mediana e desvio padrão. Foi associada a variação do percentual do volume e a qualidade de vida pelo teste não paramétrico, Manny Whitney, com nível de significância de 5%, no STATA 12.0. Este estudo foi aprovado pela Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal de Minas Gerais, protocolo número 402236, tendo as participantes assinado o termo de consentimento livre esclarecido. Resultados: Participaram 11 mulheres no pós-operatório de câncer de mama, com idade média de 54 anos DP ± 9,5, casadas (54,55%), pardas (63,64%) e média de índice de massa corporal de 29,1 kg/m2. Tempo médio entre a cirurgia e a avaliação fisioterápica de 13.8 meses com DP ± 14.8 meses. A maioria submeteu-se a mastectomia (81,83%) com linfadenectomia axilar (63,64%), radioterapia (54,55%) e quimioterapia (72,73%). Após um mês de cirurgia, a maioria (63,64%) relatou "peso" no membro superior homolateral à cirurgia. O relato de melhor qualidade de vida foi acompanhado da menor variação da volumetria (12,6%) enquanto aquelas com pior relato de qualidade de vida a variação da volumetria foi um pouco maior (13,5%), não sendo essa diferença estatisticamente significativa (p=0,855). Discussão/Conclusão: As mulheres com maior variação da volumetria autorrelataram pior qualidade de vida. A detecção precoce do linfedema no pós-operatório de câncer de mama é importante para a instituição da reabilitação e vigilância para a prevenção de outras morbidades decorrentes do tratamento oncológico, com vistas a garantir funcionalidade e qualidade de vida. Descritores: Câncer de mama; Qualidade de vida; Linfedema.

TLG 010 HISTERECTOMIA LAPAROSCÓPICA EM HOSPITAL PRIVADO DE BELO HORIZONTE

FALCÃO JUNIOR JOA[1], SCHETTINO KC[1], RIBEIRO JJR[1], MOREIRA CS[1], COELHO RCS[1], MENEZES GB[2], MARTINS JCB[3].

1. Giencologista do Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
2. Especializanda em Cirurgia Ginecológica, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
3. Coordenador da equipe de Ginecologia do Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Introdução: A histerectomia constitui o procedimento cirúrgico ginecológico mais realizado no mundo. As vias de acesso para sua realização são abdominal, vaginal, laparoscópica e a robótica. A escolha da via de acesso varia conforme a indicação do procedimento, histórico cirúrgico prévio, o volume uterino, as comorbidades e a experiência da equipe cirúrgica. Técnicas cirúrgicas minimamente invasivas tem sido cada vez mais utilizada por apresentarem melhores resultados para os pacientes, incluindo menores incisões, diminuição da morbidade cirúrgica e retorno mais rápidos às atividades basais. Objetivos: Analisar o perfil de pacientes submetidas a histerectomia assistida por laparoscopia, estimando as taxas de complicação e conversão do procedimento cirúrgico em um hospital privado de Belo Horizonte. Metodologia: Realizou-se um estudo de coorte retrospectivo de todas as pacientes submetidas a histerectomia no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2017 no Hospital Felício Rocho, em Belo Horizonte. As variáveis utilizadas foram: idade, diagnóstico pré-operatório, via de acesso, complicações, taxa de conversão e transfusão sanguínea. Resultados: No período estudado houve 512 histerectomias neste hospital, das quais: 194 (37,8%) realizadas por via abdominal, 191 (37,3%) via vaginal e 127 (24,8%) assistida por laparoscopia. A idade das pacientes variou de 33 a 81 anos com média de 50 anos. A principal indicação cirúrgica foi a miomatose uterina, correspondendo a 37% dos casos, seguido de 15,7% de indicação por neoplasias (ovário e endométrio) e 11% por sangramento uterino anormal de causa não indeterminada. A taxa de complicações foi de 5,5%, sendo estes, três casos de deiscência de rafia de cúpula vaginal, um de íleo paralitico, um de cefaleia pós-raquianestesia, infecção de cúpula vaginal e uma reabordagem por abdome agudo hemorrágico. Nenhuma paciente necessitou de hemotransfusão no período avaliado. A taxa de conversão foi de 5,5% sendo descritas como indicações múltiplas aderências, obesidade, sangramento aumentado e um caso para citorredução ótima de câncer ovariano. Discussão: Estudos apontam superioridade da realização da histerectomia vaginal quando comparada a abordagem via abdominal, com base nas análises de taxas de complicações e tempo de hospitalização. No entanto, diante das contraindicações relativas a essa via, a histerectomia assistida por laparoscopia pode ser vista como uma opção. A via laparoscópica permite ao cirurgião desfazer aderências, abordar focos de endometriose, avaliar panoramicamente a cavidade e ter melhor acesso a vasos com hemostasia adequada. Os resultados encontrados corroboram os descritos na literatura, evidenciando como principal indicação a miomatose uterina. Em consonância com estudos recentes, apresentou baixas taxas de complicações e de conversão para laparotomia. As referências apontam menores índices de conversão, complicações e diminuição do tempo cirúrgico em função da experiencia da equipe cirúrgica. Conclusão: A histerectomia laparoscópica é uma alterativa eficaz e segura para abordagem cirúrgica, apresentando baixas taxas de perda sanguínea e complicações intra e pósoperatórias, diminuindo assim o tempo e custo da internação.

TLG 011 ALTERAÇÕES PSÍQUICAS E SOCIAIS EM PORTADORAS DE CÂNCER DE MAMA

CARVALHO MAN[1], CARVALHO MAB[1], RIGUEIRA LA [1], DRUMOND VL [1], SIQUEIRA PA[1], CARDOSO BB[1], SOARES FILHO VCP[1]

1. Faculdade de Medicina de Barbacena

Introdução/Relevância: O câncer de mama é uma patologia que pode acarretar distúrbios psicossociais, por se tratar de patologia com alto grau de morbimortalidade e comprometimento estético. A mulher passa por diversas etapas: primeiramente o diagnóstico sombrio, depois a expectativa de um tratamento lento e agressivo e por fim uma fase de aceitação corporal com um corpo mutilado pela mastectomia. Objetivos: Determinar a prevalência de alterações psíquicas e sociais entre portadoras de câncer de mama e relacionar esses dados com a realização de mastectomia e com o transtorno depressivo maior. Metodologia: Trata-se de um estudo observacional transversal realizado através de um questionário, envolvendo mulheres entre 20 e 80 anos, no período de outubro de 2016 a agosto de 2017. As mulheres foram selecionadas aleatoriamente e abordadas em suas residências ou em ambiente hospitalar. Os dados obtidos foram transferidos para meio magnético, sendo calculadas as frequências absolutas e relativas das respostas, com os respectivos intervalos de confiança. As variáveis qualitativas foram comparadas com variáveis mastectomia e depressão, a significância dessa análise foi determinado pelo teste exato de Fisher. Resultados: Foram realizadas 52 entrevistas, o perfil encontrado foi de mulheres leucodermas (67,3%), católicas (88,5%), casadas (65,4%), com ensino fundamental (55,7%), renda familiar entre um a três salários

TLG 012 HISTERECTOMIAS E INTERCORRÊNCIAS EM SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM CIRURGIA GINECOLÓGICA.

FALCÃO JUNIOR JOA[1], SCHETTINO KC[1], RIBEIRO JJR[1], MACIEL JLP[1], ZAGURY ES[1], HENRIQUES FV[2], MENEZES GB[2], MARTINS JCB[3].

1. Giencologista do Hospital Felício Rocho[1]; 2. Especializanda em Cirurgia Ginecológica[1]; 3. Coordenador da equipe de ginecologia do Hospital Felício Rocho[1]

Introdução: A histerectomia consiste na retirada do útero, seja ela via abdominal ou vaginal. É o procedimento cirúrgico não obstétrico mais realizado em mulheres, relativamente segura, porém sua morbidade não é desprezível. As principais indicações são doenças benignas ou malignas do útero, tuba uterina e/ou ovário, prolapso uterino, sangramento uterino anormal, hemorragias obstétricas, malformações dos órgãos genitais superiores. Existem quatro possibilidades de execução de histerectomia: vaginal, abdominal, videolaparoscópica e vaginal assistida por laparoscopia. Mesmo com estudos sobre este tema, não existe consenso sobre quais são as indicações de cada via ou qual abordagem possui melhores índices. No Brasil, com exceção de alguns serviços, as histerectomias realizadas ocorrem, preferencialmente, por via abdominal. Objetivo: Analisar a técnica cirúrgica escolhida para a realização de histerectomias e seus desfechos em um hospital privado de Belo Horizonte. Método: Estudo retrospectivo dos casos de histerectomias realizados no Hospital Felício Rocho, de janeiro de 2016 a dezembro de 2017. As variáveis avaliadas foram: tipo de histerectomia realizada, intercorrências per-operatórias e complicações no pós-operatório. Resultados: foram realizadas 512 histerectomias neste serviço, sendo 194 abdominais (37,9%), 191 vaginais (37,3%), 84 vaginais vídeo-assistida (16,4%) e 43 videolaparoscópica (8,4%). As intercorrências cirúrgicas aconteceram em 11 procedimentos (2,15%), as complicações pós-operatórias atingiram 53 mulheres (10,35%). Dentre as cirurgias realizadas pela via abdominal, foram registradas 2 intercorrências per operatórias (1%), sendo ambas a presença de sangramento de difícil controle. As complicações pós-operatórias estiveram presentes em 18 casos (9%) e as mais frequentes foram relacionadas à infecção de ferida operatória/sítio cirúrgico (33%), infecção de urina (11%) e alterações da motilidade intestinal (11%). Nas cirurgias realizadas por via vaginal, as intercorrências cirúrgicas totalizaram 5 (2,6%) e foram relacionadas com sangramento aumentado/de difícil controle (40%) e lesão de bexiga (20%). As complicações pós-operatórias ocorreram com 25 pacientes (13%), sendo infecção de ferida operatória/sítio cirúrgico a mais comum (32%) e infecção de urinaria em segundo lugar (24%). Quando a via avaliada é a laparoscópica, a taxa de intercorrência cirúrgica é de 4,6%, o que reflete as 2 lesões de bexiga documentadas. As complicações pós-operatórias acometeram 6 pacientes e a mais comum foi a deiscência de cúpula vaginal. As cirurgias realizadas por via vaginal assistida por videolaparoscopia intercorreram com 2 lesões de bexiga (2,4%) e apresentaram 4 complicações no pós-operatório (4,8%), estando estas relacionadas com cefaleia pós-raquianestesia, infecção de sitio cirúrgico e hesitação vesical. Conclusão: A histerectomia é um procedimento de baixo risco, no entanto, a realização de revisões sobre qual técnica cirúrgica aplicar em cada caso é necessária para torná-la cada vez mais segura e menos invasiva, obtendo resultados cada vez melhores. A eleição adequada da técnica cirúrgica requer avaliação cuidadosa da paciente e da perícia técnica do cirurgião. Deve-se buscar tratamentos menos invasivos e agressivos sem descuidar de sua eficácia.

TLG 013 SEGURANÇA E EFICÁCIA DA TERAPIA HORMONAL DE TRANSEXUALIZAÇÃO

NEVES SS[1], SILVA AP[1], LAGE EM[1]

1. Faculdade de Medicina da UFMG

Introdução: No processo de despatologização da transexualidade, é fundamental reconhecer a importância do tratamento hormonal e da cirurgia de afirmação de gênero para que os/as transexuais possam adquirir uma boa qualidade de vida, visibilidade em relação aos seus direitos e identificação com os seus próprios corpos. Nesse sentido, é de responsabilidade dos sistemas de Saúde promover um tratamento que atenda às necessidades dessa população e que garanta segurança e menos efeitos colaterais. Objetivo: Analisar a segurança e os possíveis efeitos a curto prazo da terapia hormonal de transexualização (THT). Metodologia: Análise de um estudo (Wierckx et al., 2014) prospectivo multicêntrico de 1 ano, no qual foram incluídos 53 homens transexuais e 53 mulheres transexuais. Os transexuais masculinos receberam Undecanoato de Testosterona 1000mg intramuscular trimestralmente. Os transexuais femininos com idade inferior a 45 anos receberam 50mg de Acetato de Ciproterona (AC) e 4mg de Valerato de Estradiol diariamente. Já os transexuais femininos com idade superior a 45 anos receberam 50mg de AC diariamente associados com adesivo transdérmico de 17-β-estradiol 100μg. O estudo analisa parâmetros como composição corporal, dosagem hormonal, perfil lipídico, função hepática e renal, eritrograma e glicose, além de efeitos colaterais e eventos adversos da THT. Resultados: Todos os homens e mulheres trans, atingiram níveis de testosterona e de supressão de testosterona e gonadotrofinas, respectivamente, adequados durante a THT. Quanto aos homens trans, 2 desenvolveram eritrocitose, 2 apresentaram um aumento transitório das enzimas hepáticas, e foi observado um aumento do colesterol total (CT), LDL e triglicérides (TG) e uma diminuição do HDL. Todos os homens trans reportaram um aumento de desejo sexual, engrossamento da voz com instabilidade vocal, dor clitoriana e amenorreia ao longo dos 12 meses. Além disso, foi observado um aumento de acne e pelos corporais e faciais, além de alopecia androgênica. Houve um aumento no peso corporal total com diminuição da porcentagem de gordura e distribuição de gordura de padrão andrógeno. Quanto às mulheres trans, houve uma diminuição do CT, LDL, HDL e TG. Nelas, não foram observadas alterações significativas no peso corporal e houve aumento transitório das transaminases. Foi observado um aumento significativo na sensibilidade das mamas, fogachos, emotividade e diminuição do desejo sexual. Uma mulher trans abandonou o tratamento devido ao aparecimento de depressão. Conclusão: O estudo analisado permite concluir que a THT utilizada, levando em consideração o leque de opções terapêuticas possíveis, é efetiva em atingir o objetivo clínico de desenvolvimento de características sexuais secundárias de cada gênero sem causar efeitos colaterais graves a curto prazo, como morte, eventos cardiovasculares, fraturas osteoporóticas ou fenômenos tromboembólicos. No entanto, o estudo falha em não fornecer uma investigação mais aprofundada da relevância clínica e do mecanismo fisiopatológico de alguns achados. Além disso, ainda é necessário que sejam realizados ensaios clínicos que analisem os efeitos a longo prazo da THT e que apresentem uma amostra mais significativa e com cegamento adequado.

TLG 014 ANÁLISE DOS VALORES GASTOS COM TRANSTORNOS DA MENSTRUAÇÃO E DA MENOPAUSA NO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO MINEIRO EM COMPARAÇÃO COM OS DEMAIS ESTADOS DO SUDESTE DE 2013 A 2017.

SOUZA CS[1], COSTA AJA[1], GODOI BB[2], PAIVA CF[3], PEDROSO CAC[3], PAIVA PF[3], CALIMAN LP[3], ELEUTÉRIO JÚNIOR E[1].

1. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri; 2. Universidade Federal do Ceará; 3. Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora.

Introdução: Ao se falar de transtornos menstruais e da menopausa, deve-se considerar os padrões populacionais de doença ginecológica, o reconhecimento de fatores de risco modificáveis, e a influência de atividades recreativas e físicas na vida cotidiana de mulheres ginecologicamente maduras. Ao analisar índices de internação hospitalar, busca-se a mudança com destinação dos recursos públicos para a realidade daquela região. Objetivo: Descrever os índices de autorizações de internação hospitalar (AIH) pagas e os valores gastos com transtornos da menstruação, menopausa e perimenopausa no sistema de saúde público mineiro, traçando comparativo com os demais estados do Sudeste no período de 2013 a 2017. Métodos: Estudo transversal observacional descritivo, a partir da coleta de dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) - TABNET. Resultados: Nos 5 anos considerados, a região Sudeste registrou 11.634 AIH, decorrentes de transtornos menstruais. Nesse período, Minas Gerais apresentou 4.026 AIH (34,60%), abaixo de São Paulo – estado com maior número de internações (6.784; 58,31%) – e acima do Rio de Janeiro (420; 3,61%) e Espírito Santo (404; 3,47%). Analisando os investimentos com esse tipo de transtorno, o SE totalizou um gasto de R$ 2.810.153,87, dos quais MG representou uma fatia de 38,68% (ou R$ 1.087.191,60). Por sua vez, SP registrou gasto, em reais, de 1.524.602,57 (54,25%); RJ, 110.057,63 (3,91%); e ES, 84.050,49 (2,99%). Considerando a média de gastos por AIH, MG obteve o maior valor dentre os estados do SE (R$ 270,02 vs R$241,18 da região), bem como apresentou um aumento ao longo dos anos, com R$204,15 (2013), R$228,06 (2014), R$281,49 (2015), R$340,61 (2016) e R$340,31 (2017). Acerca das AIH aprovadas relacionadas aos transtornos menopáusicos e perimenopáusicos, nesse período, foi registrado, na região SE, 3.941 AIH, possuindo a seguinte relação estadual: SP – 2.510 (63,68%), MG – 1.024 (25,98%), RJ – 212 (5,37%) e ES – 195 (4,94%). O valor total gasto pelo SE, nesse período, foi de R$ 925.200,00 para os referidos transtornos, apresentando a seguinte relação, de valores em reais, dos seus estados: SP com 568.341,01 (61,42%), MG com 255.921,63 (27,66%), RJ com 51.427,33 (5,55%) e ES com 49.510,03 (5,35%). MG registrou gasto de R$249,95 por AIH, abaixo do ES (R$253,90), sendo R$237,45 (2013), R$267,56 (2014), R$305,39 (2015), R$216,85 (2016) e R$232,98 (2017). Conclusão: MG manteve-se em 2º lugar em quase todas as variáveis consideradas (exceto valor gasto por AIH de transtornos menstruais), possivelmente, devido a ser o 2º estado mais populoso na região SE. O profissional da saúde não deve menosprezar os sinais e sintomas advindos de transtornos menstruais e menopausais relatados pelas pacientes, pois, apesar de não configurarem grave risco de vida, eles podem vir a ter um grande impacto sobre o dia a dia destas.

TLG 015 AS INTERFACES ENTRE A PREVALÊNCIA DAS NEOPLASIAS FEMININAS EM MINAS GERAIS E O TRATAMENTO ONCOLÓGICO TOLERADO PELA MÃE E O FETO DURANTE A GESTAÇÃO.

JÚNIOR JE[1], SOUZA CS[1], BRASIL AQ[1], GODOI BB[2], PAIVA PF[3], GARCIA LN[3], PAIVA CF[3], CALIMAN LP[3],

1. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri; 2. Universidade Federal do Ceará; 3. Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora

Introdução: O tratamento oncológico durante a gestação acarreta em inúmeros conflitos emocionais e éticos aos envolvidos, porém, este pode ser tolerado e viável tanto para a mãe como para o feto. A tomada de decisão eficaz e as possibilidades sobre a introdução do tratamento no decorrer da gravidez dependem do tipo de terapêutica, do tempo demandado e da modalidade indicada, sob respaldo científico. Objetivo: Elucidar a relação entre a prevalência das neoplasias femininas em Minas Gerais e do tratamento oncológico tolerado pela mãe e o feto durante a gestação. Método: Revisão da literatura na base de dados PubMed com os termos “cancer in pregnancy, systemic therapy”, utilizando o MESH para obter suas variações, e estudo transversal descritivo, a partir da coleta de dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS, de 2010 a 2017, em Minas Gerais. Resultados: Minas Gerais registrou 39.322 internações por neoplasia maligna da mama em mulheres de 15-64 anos e 35.200 relacionadas às neoplasias malignas do aparelho reprodutor feminino (17.700 do colo uterino, 10.659 em órgãos genitais e 6.841 nas demais porções). Considerando a distribuição etária, de 15-45 anos, identificou-se 12.063 internações por CA de mama e, de 20-49 anos, foram 13.643 por tumores do aparelho reprodutor feminino. A eficácia do tratamento será influenciada pelas alterações fisiológicas da gravidez, que alteram a farmacocinética da droga. Não existem estudos farmacocinéticos disponíveis para apoiar diferentes dosagens durante a gravidez e a medicação é administrada de acordo com o peso corporal. A maioria dos quimioterápicos pode atravessar a placenta devido ao seu peso molecular relativamente pequeno, portanto, a mesma é contraindicada no 1º trimestre de gestação. A exposição no início da gravidez responde por risco de 10-20% de malformações maiores. De 12-14 semanas de gestação, a administração de vários agentes quimioterápicos é viável. O tamoxifeno está associado a anormalidades fetais, no entanto, a maioria das crianças nascidas após exposição parece ser normal, apesar de relatos de anomalias congênitas como genitália ambígua e malformações craniofaciais. Imunoterapia e as terapias antineoplásicas direcionadas estabeleceram novo panorama, entretanto, a segurança de seu uso na gravidez não foi demonstrada para a maioria. O uso do inibidor de tirosina-quinase pode levar a anormalidades específicas fetais. O trastuzumab, anticorpo comumente usado no câncer de mama, é contraindicado, pela associação à oligoidrâmnia grave no 2º ou 3º trimestre. Conclusão: O tratamento do câncer durante a gravidez é possível e depende do momento gestacional e da modalidade terapêutica. No entanto, a terapia hormonal deve avaliada devido aos dados limitados. Sobre o desfecho fetal, identifica-se modesto aumento nas complicações, como restrição de crescimento e parto prematuro, mas o efeito de novas terapias ainda é pouco claro e, portanto, não devem ser recomendadas.

TLG 016 MINDFULNESS E GINECOLOGIA: IMPACTO NA MELHORA DO BEM ESTAR GERAL EM MULHERES SUBMETIDAS A TÉCNICAS ANTI-ESTRESSE

MARQUES AS, SÃO JOSÉ CN[1], FIUZA I[2], MELO E[2], PAIVA SPC[2]

1.Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais; 2.Universidade Federal de Minas Gerais

Introdução: O ambulatório do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG) é referência para o atendimento de mulheres vítimas de violência, com acompanhamento multidisciplinar pelo projeto “Para Elas”, onde as pacientes podem participar do programa de Mindfulness e Medicina Anti-estresse (PMAE), avaliado no seguinte trabalho. O PMAE é um programa de redução de estresse que consiste na realização de sessões coletivas baseadas em técnicas como meditação Mindfulness (Atenção Plena), visualização e autorrelaxamento (BodyScan). Nas últimas duas décadas, estudos mostram que os programas anti-estresse apresentam relevância na redução de sintomas de ansiedade, depressão e dor, recorrentes em pacientes vítimas de violência e de distúrbios ginecológicos. A possível melhora no bem-estar geral das pacientes submetidas ao PMAE foi analisada utilizando o questionário Psychological General Well-Being Index (PGWBI) que apresenta as seguintes dimensões: ansiedade, depressão, bem-estar, autocontrole, saúde geral e vitalidade. Objetivos: Comparar dados quantitativos, por meio de análise do PGWBI, aplicado antes e imediatamente após o programa de PMAE. Metodologia: Trata-se de um estudo quase-experimental, cujos dados foram obtidos durante os encontros do PMAE no ambulatório Jenny Faria do HC-UFMG, com aprovação no Comitê de Ética da UFMG. O questionário PGWBI contém 22 itens, descritos em uma escala de 1-6, englobando as dimensões já citadas. O somatório final mais elevado indica melhor índice de bem-estar. Os questionários foram aplicados antes da primeira sessão de PMAE e após a última. Para análise dos dados foi empregado o teste T-Student pareado utilizando o programa Microsoft Excel e nível de significância de 5%. Resultados: Foram analisados os dados de 30 mulheres que frequentaram o projeto entre Novembro de 2015 e Agosto de 2017. A média de idade foi de 41±12,2 anos. Dentre as pacientes, oito possuíam Síndrome do Ovário Policístico e/ou Infertilidade, sete foram vítimas de violência sexual, e 15 possuíam outras afecções. A análise do PGWBI, quando comparadas as dimensões, indicou os seguintes dados: Ansiedade (Antes:14,7±5,1; Depois:19,2±4,6; p=0,0003); Depressão (Antes:10,2±3,9; Depois:13,3±2,8; p=0,00002); Saúde Geral (Antes:9,7±3,9; Depois:12,2±3; p=0,0001); Bem-estar (Antes:10,8±3,5; Depois:15,4±4; p=0,000003); Autocontrole (Antes: 9,3±3,6; Depois: 12,3±3,6; p= 0,00007); Vitalidade (Antes: 11,9±3,9; Depois: 15,5±3,6; p= 0,00009). As médias globais foram: antes: 66,6±21 e depois: 87,9±19,2. Uma hipótese nula de nenhuma diferença foi rejeitada, já que foi obtido p<0,01 para todas as dimensões. Conclusão: A partir análise realizada, conclui-se que houve uma melhora positiva no bem estar das pacientes participantes do PMAE. Teve-se um aumento de 31,9%, após a intervenção, do índice global (Diferença: 21,3±21,5, p<0,01), sendo que todas as dimensões, individualmente, foram elevadas. Dessa forma, ao estimular o autoconhecimento e o manuseio adequado do estresse, o PMAE demonstrou ter uma influência positiva para as pacientes, atuando em dimensões essenciais para manutenção de bem-estar geral e de qualidade de vida.

TLG 017 ABORDAGEM CIRÚRGICA MINIMAMENTE INVASIVA NO CA DE ENDOMÉTRIO.

FALCÃO JUNIOR JOA[1], SCHETTINO KC[1], SOUZA AVF[2], PIMENTA SHF[1], MEDEIROS FA[1], RIBEIRO JJR[1], GONÇALVES SC, MARTINS JCB[3].

1. ginecologista do Hospital Felício Tocho; 2. Especializanda em cirurgia ginecológica; 3. Coordenador da equipe de ginecologia do hospital felício rocho

Introdução: no Brasil, a neoplasia de endométrio corresponde a cerca de 4% de todos os cânceres femininos. A idade mediana das mulheres acometidas é de 61 anos e mais de 3/4 dos casos acometem mulheres com mais de 50 anos. O principal sintoma é o sangramento uterino anormal (sua) e ocorre em 95% dos casos. Até 20% das mulheres na pós menopausa com sua apresentam câncer de endométrio. O diagnóstico é feito por meio de biópsia, sendo o fragmento obtido por curetagem ou histeroscopia. O estadiamento e tratamento iniciais é cirúrgico e inclui histerectomia total, salpingoooforectomia bilatral, linfadenectomia pélvica e lavado peritoneal. De acordo com o estudo gog-33, até 30% das pacientes que eram classificadas como estádio e antes da cirurgia possuem doença extrauterina e sabe-se que a citorredução da doença primaria e a ressecção de linfonodos "bulky" têm benefício potencial em sobrevida, logo, a ampliação da abordagem cirúrgica deve ser individualizada, de acordo com o achado no momento do pré-operatório. Na sequência do tratamento com terapias complementares pode ser necessária e será realizada com radioterapia e/ou quimioterapia. A cirurgia tradicionalmente é realizada via abdominal, porem a escolha da via mudou significativamente com a chegada da laparoscopia e da cirurgia robótica com crescente busca de alternativas menos invasivas e menos agressivas para as pacientes. Objetivos: avaliar o tratamento cirúrgico das pacientes com diagnóstico de câncer de endométrio de hospital referência em cirurgia ginecológica de alta complexidade de belo horizonte. Método: estudo retrospectivo. Avaliados os prontuários dos pacientes com ca de endométrio no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2017 do hospital felicio rocho. As variáveis avaliadas foram idade, via da cirurgia e complicações nos primeiros 30 dias de pós-operatório. Resultado: dentre as 516 histerectomias realizadas no Hospital Felício Rocho de janeiro de 2016 a dezembro de 2017, 46 foram devido a doenças oncológicas e, destas, 25 tinham o câncer de endométrio como diagnóstico. A abordagem cirúrgica aconteceu por via laparotomica, vaginal e laparoscopica. A laparotomia foi realizada em 11 casos. O tratamento laparoscópico ocorreu em 6 casos como via única e em outros 7 casos, associado a abordagem vaginal. A via vaginal exclusiva foi realizada em 1 caso. A faixa etária das pacientes era de 56 a 95 anos e mediana de 68 anos. No período de 30 dias de pós-operatório, existiram 4 complicações, sendo elas: semiobstrução intestinal, infecção de ferida operatória, re-abordagem por sangramento e deiscência de cúpula vaginal. Todas as pacientes foram encaminhadas para o serviço de oncologia clínica. Conclusão e discussão: a abordagem cirúrgica foi realizada visando a menor invasão possível sem descuidar da eficácia do tratamento. Seguindo esse raciocínio, foi possível executar cirurgia minimamente invasiva em 56% dos casos. Esta prática está de acordo com as recomendações das sociedades brasileiras de ginecologia e de cancerologia e é uma realidade estabelecida em nosso serviço.

TLG 018 PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A COBERTURA DE RASTREIO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO EM UMA EQUIPE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM BELO HORIZONTE (MG)

BASILIO MFD[1], VALADARES JD[2], MOURA PNS[2], SIMOES WA[2], ARAUJO ACL[2], CAMPOS RR[2].

1. Hospital Universitário Clemente de Faria (Unimontes);
2. Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte (SMSA PBH)

Introdução: O câncer do colo do útero é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou à distância. Possui desenvolvimento lento e cursa de forma assintomática inicialmente. O seu rastreamento organizado é o desafio a ser vencido para que se obtenha a melhor relação custo-benefício possível com alta cobertura populacional. Objetivo: Elaborar um projeto de intervenção para aumentar a cobertura de rastreio do câncer do colo do útero nas mulheres com faixa etária de 25 a 64 anos que residem na área de abrangência da Equipe 02 do Centro de Saúde Padre Tiago, no município de Belo Horizonte (MG). Métodos: Criou-se um projeto de intervenção através do diagnóstico situacional da equipe utilizando o indicador da razão de coletas de exames citopatológicos a partir de informações do banco de dados do servidor central da Secretaria Municipal de Saúde, do Sistema Gerador de Listagem da empresa de informática e da informação do município (PRODABEL) como também dados do prontuário eletrônico (Sistema GESTÃO). A intervenção baseou-se em abordagem oportuna das pacientes dentro da faixa etária recomendada. Realizou-se atendimento em um dia extra na Unidade Básica exclusivamente para realização do exame citopatológico nas mulheres que não poderiam comparecer às consultas em horários regulares. Foi realizada oferta do exame pelas Agentes Comunitárias de Saúde nas visitas regulares às famílias obedecendo a faixa etária recomendada. Foram mantidos os atendimentos eletivos habituais para coleta do exame citopatológico. Resultados: A razão da coleta dos exames citopatológicos realizados entre Junho de 2016 a Novembro de 2017 aumentou de 0,3 para 0,9. O número absoluto de exames realizados foi 232, correspondendo a 87% dos exames preconizados para essa área de abrangência de acordo com a população-alvo recomendada pelo Ministério da Saúde. Foram laudados 202 exames entre Janeiro de 2017 a Outubro de 2017. Obteve-se um resultado de neoplasia intraepitelial cervical de baixo grau (NIC I), outro de células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US) e também um resultado de câncer in situ do colo do útero. Conclusões: Houve aumento da cobertura de rastreio de câncer do colo do útero nas mulheres com faixa etária de 25 a 64 anos que residem na área de abrangência da Equipe 02 do Centro de Saúde Padre Tiago, no município de Belo Horizonte (MG) a partir da elaboração do projeto de intervenção. Com essa abordagem duas pacientes necessitaram seguimento da propedêutica evitando a progressão da lesão para estágios mais avançados e a paciente com diagnóstico de câncer teve seguimento para tratamento.

TLG 019 CONHECIMENTOS SOBRE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM MULHERES USUÁRIAS DE SERVIÇO HOSPITALAR E AMBULATORIAL DA SAÚDE DA MULHER COM ATENDIMENTO SUS DE BELO HORIZONTE EM 2017

VALADARES JD[1], OLIVEIRA JG[2], MORAIS AO[2].

Professor adjunto IV Obstetrícia, Coordenador do Núcleo Saúde da Mulher da Faculdade de Medicina Ciências Médicas de Minas Gerais; Acadêmica de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais;

Introdução: As doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) são transmitidas por contato sexual, na maioria das vezes quando não há o uso de preservativo com um parceiro infectado. Algumas dessas doenças podem ser assintomáticas e dessa forma, quando não diagnosticadas e tratadas a tempo, podem evoluir para complicações graves como infertilidade, câncer e a morte. Dessa forma, em função da relevância das DSTs no cenário da saúde pública atual, o presente trabalho almejou investigar os conhecimentos de mulheres sobre o tema. Objetivos: Investigar o conhecimento das mulheres sobre doenças sexualmente transmissíveis. Outros objetivos específicos foram identificar comportamentos e medidas preventivas mais comumente adotadas pelas mulheres; avaliar o que as mulheres sabem sobre o quanto são suscetíveis às DSTs e se foram informadas sobre os testes rápidos fornecidos pelo SUS. Metodologia: Estudo transversal, quantitativo, desenvolvido no Hospital Sofia Feldman e no Ambulatório de Saúde da Mulher da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, ambos em Belo Horizonte (BH) / MG. A população foi composta por 134 gestantes e não gestantes, com idade igual ou maior que 18 anos, no período de janeiro a dezembro de 2017. A amostra foi elaborada pelo método de conveniência e a coleta de dados foi feita a partir de um questionário de DST modificado, composto por 20 questões que abordaram alguns dados sociodemográficos e vários aspectos das DSTs (transmissão, prevenção, diagnóstico). Resultados: A média de idade das populações foi de 29,94 anos. Em relação ao conhecimento sobre DSTs, 62% afirmaram que qualquer pessoa que tenha relação sexual sem o uso de preservativo pode contrair DST. 90% das mulheres conheciam algumas DST, sendo as mais conhecidas a AIDS (84,6%) e a sífilis (81,2%). O modo mais comum de transmissão do vírus Zika foi a picada do mosquito Aedes aegypti (96,1%), seguida pela transmissão vertical (49,6%) e transmissão sexual (27,1%). A maioria das mulheres, 64,9%, já realizou o teste rápido para HIV, hepatite B ou C e sífilis. Os meios de informação mais utilizados para as DSTs foram informativos do Ministério da Saúde (68,2%). Conclusão O maior conhecimento de doenças como AIDS e sífilis pode refletir a eficácia das medidas de saúde pública tomadas para disseminá-las. Além disso, considerando os dados epidemiológicos das DST apresentados na cidade de Belo Horizonte em 2017, o teste rápido é uma estratégia importante, que deve se ampliar para os homens, principalmente pelo aumento dos casos de sífilis durante a gestação (846 casos em BH em 2017). A pesquisa identificou que o vírus Zika e seus modos alternativos de transmissão à picada de mosquito não são bem conhecidos. Portanto, é necessário melhorar a comunicação na saúde da mulher.

TLG 020 PERFIL GINECOLÓGICO E DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO DE INFECÇÃO PELO VÍRUS HPV EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE LAVRAS (UFLA)

HADDAD FILHO H[1]; RIBEIRO JR1

1. Médico Ginecologista e Obstetra da Universidade Federal de Lavras (UFLA); 2. Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Lavras (UFLA);

Introdução: A infecção pelo Human Papillomavirus (HPV) é a doença sexualmente transmissível (DST) mais comum. Ao redor do planeta, há em torno de 600 milhões de pessoas infectadas. Entre 75% e 80% da população adquirem um ou mais tipos de HPV em algum momento da vida. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as DSTs estão entre as dez principais causas de procura por serviços de saúde no mundo. As doenças relacionadas ao HPV provocam significativo impacto do ponto de vista individual e de saúde pública (Bruni et al, 2017). Estimam-se cerca de 3 a 6 milhões de pessoas infectadas pelo HPV no Brasil, que possui uma das mais altas prevalências de infecção pelo HPV no mundo (Abdalla et al, 2017). Em 2015, 70% das mortes por câncer ocorreram em países em desenvolvimento (Ebell et al, 2018). O vírus HPV é o causador de quase todos os cânceres de colo de útero e também de câncer anogenital e de cabeça e pescoço. A incidência de cânceres relacionados ao HPV, no Brasil, segundo estimativas de 2012, foi de 16,4 casos/100.000 mulheres para colo de útero (Martel et al, 2017). A maioria dos casos é composta por carcinoma de células escamosas, seguido de adenocarcinoma (Markowitz et al, 2014), que é o quarto mais comum entre mulheres em todo o mundo. Cerca de 18.503 novos casos de câncer de colo são diagnosticados no Brasil anualmente (estimativas de 2012). O câncer de colo de útero está em segundo lugar entre cânceres em mulheres no Brasil (Martel et al, 2017). A forma subclínica pode ser detectada por citologia cervical, colposcopia ou peniscopia no homem, mesmo sem lesões clínicas visíveis (Xavier et al, 2017). Em 1988, uma Reunião de Consenso realizada pelo Ministério da Saúde (MS) definiu que, no Brasil, o exame citopatológico deveria ser realizado em mulheres de 25 a 60 anos de idade, uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos. A rigor, adotou-se para o Brasil a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) na época (Brasil, 2016). A maioria das doenças associadas ao HPV são causadas pelos HPV tipos 6, 11, 16 e 18. Os HPV tipos 6 e 11 (baixo risco oncogênico) são responsáveis pela maior parte dos casos de verrugas genitais (90%) e uma parcela dos casos de neoplasia intraepitelial de baixo grau do colo uterino e vulva (Fedrizzi et al, 2008). Entende-se que a infecção por HPV oncogênico é uma causa necessária mas não suficiente para o desenvolvimento do câncer cervical e que outros fatores, em conjunto com esses vírus, modulem o risco de transição da infecção cervical para a malignidade: fatores relacionados à suscetibilidade individual, estado imunológico e nutricional, hormônios endógenos e exógenos, tabagismo, multiparidade, infecção por outros agentes sexualmente transmissíveis, tais como HIV, Chlamydia trachomatis e vírus herpes simples tipo 2 (HSV-2) além das características virais como tipo de HPV, infecção concomitante por mais de um tipo, carga e integração viral (Castellsague et al, 2002; Franco e Steben, 2007). Estudos relacionados ao conhecimento sobre o vírus HPV e vacinação foram realizados em vários países, envolvendo estudantes universitárias, como na China (Liu et al, 2018), Espanha (Fernandez-Feito, 2017), Brasil (Abreu et al, 2018), Canadá (Piedimonte, 2017) e Grécia (Anagnostou, 2017), com o objetivo de compreender a melhor forma de abordagem e prevenção do câncer cervical nas mulheres. O Ambulatório Ginecológico da Coordenadoria de Saúde (AGCS) da Universidade Federal de Lavras (UFLA) realiza quase dois mil atendimentos ginecológicos ao ano. Esse ambulatório atende apenas o público universitário, sendo mais de 95% dessas consultas de estudantes de graduação e pós-graduação, preferencialmente as com maior vulnerabilidade social e, em sua maioria, mulheres entre 18 e 30 anos de idade. Essas mulheres estão em pleno período reprodutivo, época mais prevalente para a ocorrência de DSTs. Assim, podem ser realizadas na Coordenadoria, uma série de medidas preventivas nessa população vulnerável a doenças evitáveis, como campanhas maciças acerca da necessidade de prevenção de doenças. Tratando-se de um público formado por estudantes de uma das melhores universidades federais do país, conforme avaliações do Ministério da Educação (MEC) do Governo Federal, espera-se que a incidência de lesões precursoras de câncer de colo de útero seja menor nessa população, devido ao maior acesso à educação, cultura e ciência por parte das mesmas. Objetivo geral: avaliar o perfil ginecológico e o diagnóstico citológico de infecção pelo vírus HPV em estudantes universitárias da UFLA. Objetivos específicos: avaliar o início da atividade sexual; avaliar a frequência de parceiros sexuais; avaliar a frequência de proteção sexual através do uso de preservativo; avaliar a frequência de realização de exames preventivos ginecológicos e avaliar a prevalência do diagnóstico citológico de infecção pelo vírus HPV nas estudantes universitárias que foram atendidas no AGCS da UFLA. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, observacional e transversal. As participantes são pacientes, estudantes de graduação e pós-graduação atendidas no AGCS da UFLA, no período de julho a novembro de 2017. A pesquisa foi realizada através de preenchimento de questionário simples e objetivo por parte das participantes e através da realização de citologia cervical oncótica (CO) durante a consulta ginecológica. As COs foram colhidas no momento da consulta e as amostras enviadas ao Laboratório Pró Célula em Belo Horizonte para análise. Foram incluídas as pacientes que procuraram o AGCS com o objetivo de realização da CO ou consulta. Às pacientes, no momento da consulta, de forma individual e já dentro do consultório ginecológico, foi oferecida a oportunidade de responder ao questionário e participar da pesquisa. As que aceitaram, responderam ao mesmo e as dúvidas eram solucionadas com o próprio médico ginecologista, que é o pesquisador principal, com o consentimento expresso assinado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Nenhuma identidade foi revelada. As variáveis analisadas foram idade (17-20; 21-25; 26-30 e maior que 30 anos); escolaridade (graduação e pós-graduação); naturalidade (Lavras ou outra cidade); tabagismo; idade da menarca (15 anos) e idade da primeira relação sexual (20 anos). O comportamento sexual foi avaliado através do número de parceiros sexuais (1-5; 6-10 e >10 parceiros) e o uso de preservativo em todas as relações sexuais. As medidas de prevenção ginecológicas foram avaliadas através da frequência de realização de COs (anualmente ou não), o número de exames já realizados (1-5; >5 exames) e a idade de realização da primeira CO (21 anos). Foi avaliado também a frequência de uso de pílula anticoncepcional no momento da consulta. Os dados servirão para a continuidade da pesquisa, uma vez que muito mais se tem a pesquisar sobre o assunto, como realização de exames de biologia molecular, o que envolve custos e que poderão pertencer a etapa posterior de estudo. As variáveis qualitativas foram analisadas com o teste de qui-quadrado ou teste da razão de verossimilhança, com intervalo de confiança de 95%. Os valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significantes. O estudo foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (COEP) da UFLA, conforme Resolução nº 466/2012, tendo sido aprovado por esse comitê em parecer liberado em 26/02/2016. Resultados: Foram encontradas alterações relevantes - Lesão Intraepitelial Escamosa de Baixo Grau (NIC I), Lesão Intraepitelial Escamosa de Alto Grau (NIC II) e Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado (ASCUS) - na CO de 13 (4,6%) das 281 participantes da pesquisa, enquanto 268 pacientes (95,4%) tiveram resultados normais. Dessas, 21 (7,8%) pacientes apresentaram resultados compatíveis com vaginose e 15 (5,6%) apresentaram candidíase à CO. A idade das mulheres que responderam ao questionário variou de 17 a 39 anos, sendo que a faixa etária mais prevalente foi de 21 a 25 anos (53%). A maioria das estudantes universitárias que procuraram o AGCS da UFLA para realização de CO tinha entre 21 e 25 anos (53%) e cerca de 22% tinham entre 17 e 20 anos de idade. A maioria estava na graduação (71,6%), 16,4% delas no mestrado e 10,1% no doutorado. Quanto à naturalidade, 67% é natural de Lavras e as demais 33% nasceram em outras cidades. A maioria é não tabagista (95,4%). A idade da menarca dessas estudantes ocorreu, em sua maioria, entre 10 e 15 anos de idade (97%) e cerca de 82% delas teve sua primeira relação sexual entre os 15 e 20 anos (44% entre 15 e 17 anos; 38% entre 18 e 20 anos). Das entrevistadas, 94% já tinha realizado a CO anteriormente e mais de 76% já tinha realizado entre uma e cinco vezes. Cerca de 60% realizavam o exame anualmente. Cerca de 30% realizaram a CO, pela primeira vez, entre 15 e 18 anos; 41% entre 19 e 21 anos e 22% com 22 anos ou mais. O número de parceiros sexuais no grupo com CO normal foi de um a cinco na maior parte delas (74,4%); seis a dez em 16%; mais que dez parceiros em 9,6%. Dos casos positivos - aqueles com alterações na CO compatíveis com NIC I, NIC II e ASCUS - a maior parte ocorreu em estudantes com menos de 25 anos (53,8%). De acordo com os grupos etários da pesquisa, o mais acometido é o de mulheres entre 26 e 30 anos (46,2%). Com relação à escolaridade, a maior parte das mulheres com exame alterado tinha o nível escolar mais baixo. Quase 77% das pacientes acometidas estavam na graduação, enquanto cerca de 23% encontravam-se na pós-graduação (todas no mestrado). Um total de 92,3% das pacientes acometidas não fumava, enquanto 7,7% o faziam. Quanto à idade da menarca, observou-se, entre as mulheres com alterações na CO, que a maioria (61,5%) havia apresentado a primeira menstruação entre dez e 12 anos de idade. O restante, 46,1%, apresentou a menarca entre os 13 e 15 anos de idade. O comportamento sexual foi avaliado a partir da idade da primeira relação sexual, do número de parceiros e do uso de preservativo. Quanto ao número de parceiros sexuais, 61,5% das pacientes com alterações na CO tiveram de um a cinco parceiros; 30,8% tiveram de seis a dez parceiros sexuais e 7,7% relataram ter tido mais de dez parceiros sexuais na vida. Em relação ao uso de preservativo, a maioria das mulheres que apresentaram alterações na citologia (69,2%) relatou não usar preservativo em todas as relações sexuais, contra minoria de 30,8% que relataram usar preservativo em todas as relações sexuais. O início da atividade sexual entre as meninas com CO alterada ocorreu antes dos 17 anos de idade em 69,2% dos casos; 30,8% iniciaram sua atividade sexual entre 18 e 20 anos e apenas uma paciente iniciou a vida sexual antes dos 15 anos, perfazendo um total de 100% de início de atividade sexual antes dos 20 anos de idade. A maioria das meninas acometidas já havia realizado a CO ao menos uma vez (92,3%), enquanto 7,7% o realizaram pela primeira vez. Em relação à idade de realização da primeira CO entre as mulheres acometidas, 30,8% das pacientes realizaram o primeiro exame entre 15 e 18 anos; 38,5% entre 19 e 21 anos e 30,8% das meninas, após os 21 anos. Das mulheres acometidas e que já haviam realizado a citologia cervical, 66,7% delas realizavam o exame anualmente, enquanto 33,3% não o realizavam anualmente. Ainda nas mulheres acometidas que já haviam realizado a citologia, 66,7% haviam feito de um a cinco exames e 33,3% fizeram mais de cinco exames. Com relação ao uso de anticoncepcionais hormonais (ACH) entre as pacientes com alterações na CO, verificou-se que a maioria usava anticoncepcionais orais (53,8%), enquanto 46,2% não faziam uso de tais medicamentos. Quanto aos exames considerados positivos (NIC I, NIC II e ASCUS), 61,5% correspondiam a alterações características de NIC I; 7,7% a NIC II e 30,8% foram caracterizadas como ASCUS. Analisadas as variáveis, observou-se que a faixa etária e o número de parceiros sexuais interferem no resultado. Discussão e Conclusão: O presente estudo encontrou alterações citológicas em 4,6% dos exames realizados (ASCUS, NIC I e NIC II), superior aos 3,6% observados no Chile (Ferreccio, 2004) e aos 1,8% em Teresina (Damacena et al, 2017) e inferior ao observado por Giuliano et al (2001), em estudo de esfregaços cervicais realizados na fronteira do México com os Estados Unidos (9,3%) e também na Espanha (5,7%), em estudo realizado por Sanjose et al (2003). Em relação à idade de maior prevalência de citologias alteradas entre as estudantes universitárias que procuraram o AGCS da UFLA, cerca de 54% delas tinham menos de 25 anos de idade e o restante entre 26 e 30 anos. O predomínio dessa faixa etária pode ser explicado, em parte, por ser a idade da maioria das estudantes universitárias, na faixa de 20 a 30 anos. No presente estudo, apenas sete das 281 participantes tinham mais de 30 anos de idade. Sabe-se que a prevalência da infecção pelo HPV é maior em mulheres jovens, com um pico da infecção em mulheres com idade inferior a 25 anos e com a tendência de declinar com o avanço da idade (Baseman e Koutsky, 2005; Trottier e Franco, 2006). Outros autores (Herrero et al, 2000; Giuliano et al, 2001; Rama et al, 2006) encontraram maior prevalência de infecção genital por HPV de alto risco em mulheres com menos de 25 anos, corroborando os conhecimentos acerca da história natural do HPV quanto à maior infecção após o início da atividade sexual. Fatores de risco associados aos parceiros sexuais masculinos não foram avaliados pelo presente estudo, porém estudos realizados na América Latina detectaram associação entre risco de câncer cervical e os seguintes hábitos sexuais dos parceiros sexuais masculinos: contato sexual com número elevado de parceiras, relações sexuais extraconjugais e relações sexuais com profissionais do sexo (Eluf-Neto e Nascimento, 2001). A associação entre o número de parceiros sexuais e o risco de infecção pelo HPV é demonstrada em diversos estudos (Kornya, 2002; Khan, 2005). Para Baseman & Koutsky (2005), o fator de risco mais consistente para a infecção pelo HPV é o alto número de parceiros sexuais. Ho et al (1998) demonstraram que as mulheres que tiveram quatro ou mais parceiros, num período de seis meses, apresentaram um risco quase quatro vezes maior de adquirir o HPV oncogênico quando comparadas às mulheres com três parceiros ou menos. Outros estudos mostraram que mulheres com relato de dois ou mais parceiros sexuais apresentaram maior chance de infecção do que as participantes monogâmicas, resultado que concorda com a literatura e é compatível com a transmissão sexual dessa infecção (Giuliano et al, 2001; Lascano-Ponce et al, 2001; Matos et al, 2013; Sanjose et al, 2003; Herrero et al, 2005). No presente estudo, em relação ao número de parceiros sexuais, observou-se que, no grupo das citologias alteradas, foi maior a incidência de meninas que havia tido entre cinco e dez parceiros sexuais durante a vida. Em relação ao número de meninas que havia tido menos de cinco parceiros, não houve diferença entre os grupos, o mesmo acontecendo com o grupo de dez ou mais parceiros sexuais. Parece também haver uma relação entre o início precoce da atividade sexual e um maior risco de aquisição da infecção HPV, possivelmente pelo aumento do tempo de exposição ao vírus (Naud, 2006). Em relação aos resultados alterados à citologia oncótica no presente estudo, as alterações mais frequentemente observadas foram ASCUS e NIC I que, de acordo com dados da literatura, representam até 10% dos resultados processados nos laboratórios de citologia (Trottier e Franco, 2006). Quanto ao comportamento sexual das meninas que procuraram o AGCS, a maioria das que apresentou citologia alterada relatou não usar preservativo em todas as relações (quase 70%), mas o mesmo aconteceu com as meninas com citologia normal (cerca de 66%), o que demonstra que a grande maioria dessas estudantes universitárias mantém relações desprotegidas, estando expostas à ocorrência dessa e demais infecções sexualmente transmissíveis. O número de parceiros sexuais entre um e cinco foi semelhante entre os dois grupos, porém o número entre seis e dez parceiros foi maior no grupo com CO alterada em relação ao grupo com CO normal. Em relação ao uso de ACH, Harris et al (2009) concluiu que o seu uso não está associado ao aumento do risco de NIC II ou III em mulheres com HPV oncogênico, enquanto o uso de acetato de medroxiprogesterona parece atenuar os achados colposcópicos. Marks et al (2011) relatam que os mecanismos pelos quais os esteróides sexuais afetam a história natural da infecção pelo HPV ainda é incerto. Os estudos de prevalência da infecção pelo HPV são extremamente importantes para mapear o verdadeiro cenário em nosso país. Além disso, estudos em diferentes regiões do Brasil e em grupos populacionais diversos serão importantes para se avaliar em que regiões e em que grupo populacional é mais urgente o incremento da prevenção da infecção pelo HPV. Estudos acerca da epidemiologia da infecção genital por HPV são, há tempos, realizados e constituem-se em importante ação para o desenvolvimento de estratégias preventivas no combate a essa infecção e, consequentemente, diminuição do câncer cervical (Franco et al, 1999). Sendo de distribuição universal, o vírus HPV tem grande importância clínica e epidemiológica, o que torna, de grande necessidade, o conhecimento dos fatores associados aos processos de infecção e oncogênese (Bienkowska-Haba, 2018). As pesquisas de prevalência e epidemiologia do HPV são a chave para a compreensão sobre as amplas variações na incidência de câncer cervical no mundo (Franco et al, 1999; Ault, 2007; Garland, 2007; Joura, 2007; Bosch et al, 2008; Sanders et al, 2018). Exames de biologia molecular, como captura híbrida e PCR, constituirão importante ferramenta para estudos posteriores nesse grupo populacional estudado, para que ações preventivas sejam estabelecidas para o público universitário.

TLG 021 AVALIAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR EM MULHERES CLIMATÉRICAS: ESTUDO TRANSVERSAL

MOTA MPS1, GOMES IC1, MARINHO RM1, STERNICK EB1, ALMEIDA AM1

1 Pós-graduação em Ciências da Saúde - Faculdade Ciências Médicas-Belo Horizonte/MG

Relevância: Fatores de risco cardiovasculares são negligenciados em mulheres, especialmente durante o climatério, quando a susceptibilidade para os eventos cardiovasculares aumenta. A prevalência de doenças cardiovasculares entre mulheres até 50 anos é consideravelmente inferior aos homens, e aumenta significativamente após a menopausa, sugerindo que o déficit de estrogênio natural esteja envolvido nessa relação, e que a menopausa mereça uma discussão como fator de risco aterogênico. A associação entre a perda da função ovariana e o aumento do risco coronariano está bem estabelecida. A deficiência estrogênica resultante tanto da menopausa natural quanto cirúrgica, aumenta o risco de doença arterial coronariana constituindo a principal causa de morte no sexo feminino após a menopausa. Objetivos: Identificar fatores de risco cardiovasculares em mulheres de 40 a 65 anos em dois consultórios particulares de ginecologia em Minas Gerais. Introdução: O climatério e a menopausa são momentos marcantes na vida da mulher, e definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como fase biológica que compreende a transição entre os períodos reprodutivo e não reprodutivo, e durante este intervalo (35 aos 65 anos de idade) ocorre a menopausa. A menopausa é o último ciclo menstrual, reconhecido após 12 meses da sua ocorrência, e ocorre geralmente em torno dos 50 anos de idade. A associação entre a perda da função ovariana e o aumento do risco coronariano é bem estabelecida. Mulheres desenvolvem doenças cardiovasculares (DCV) cerca de dez anos mais tarde do que os homens, porém em mulheres da mesma faixa etária, a doença arterial coronariana (DAC) é duas a três vezes mais frequente após a menopausa. Na faixa etária de 45-64 anos, 10% mulheres têm alguma forma de DCV, enquanto após 65 anos de idade essa proporção é de 25%. Os fatores de risco para DCV podem ser não modificáveis (sexo e idade, história familiar) e modificáveis (sedentarismo, tabagismo, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), colesterol total (CT), lipoproteína de alta e baixa intensidade (HDLc/LDL-c), triglicérideos (TG), lipoproteína (Lp (a)) e desordens metabólicas (obesidade – especialmente abdominal, dislipidemias e síndrome metabólica (SM)). Com a melhora na expectativa de vida, as mulheres passaram a viver um terço da vida no período pós-menopausa, aumentando o interesse sobre essa população específica. Para se estimar o risco cardiovascular o ideal seria determinar o risco total, considerando características clínicas e demográficas, o qual deve ser o parâmetro para a tomada de decisão clínica terapêutico preventiva. Ao longo do tempo foram desenvolvidos escores de predição clínica para identificar o risco cardiovascular global. Dentre eles, o escore de risco de Framingham (ERF), que é o mais amplamente utilizado. As condutas terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas podem basear-se nos fatores de risco presentes neste escore. Métodos: Trata-se de estudo transversal, realizado no período de janeiro/16 a janeiro/17 em consultório particular em Betim/MG e Igarapé/MG. Participaram do estudo, mulheres climatéricas, de 40 a 65 anos, que aceitaram participar e assinaram termo de consentimento livre e esclarecido. Para as fases da menopausa, considerou-se na pré-menopausa, mulheres com ciclos menstruais apresentando alterações na frequência menstrual ou fluxo, e pós-menopausa, quando confirmada amenorréia espontânea por 12 meses ou mais. O tamanho da amostra foi calculado utilizando como referência um estudo que avaliou a prevalência de hipertensão arterial em mulheres climatéricas. Ao nível de 5% de significância, poder mínimo de 80%, adotando-se como valor de referência a prevalência de 56% e com erro máximo de 0,10, foram necessárias 137 mulheres. Os participantes responderam um questionário padronizado para avaliar as características sócio demográficas (idade, raça, escolaridade, estado civil, renda); fases do climatério, fatores de risco cardiovasculares: pressão arterial (PA), Diabetes Mellitus (DM), índice de massa corporal (IMC), circunferência abdominal (CA), tabagismo, álcool, atividade física, dieta, história familiar e pregressa de DCV; além de idade, tempo na menopausa e tipo de menopausa, número de gestações, partos normais, abortos, parceiros durante a vida e utilização de terapia hormonal (TH). Foram também solicitados exames laboratoriais (CT, HDLc, LDL-c, TG, glicemia). Para o cálculo do IMC utilizou-se o peso em quilogramas dividido pela altura em metros ao quadrado (kg/m2). Os pontos de corte de IMC adotados foram: normal (18,5-24,9 kg/m²); sobrepeso (25,0-29,9 kg/m²) e obesidade (≥ 30,0 kg/m²). A CA foi medida em centímetros com fita métrica flexível e inelástica sem comprimir os tecidos. Foi medida sobre uma linha horizontal imaginária que passava no ponto médio entre a borda inferior da última costela e a crista ilíaca. Os pontos de corte adotados foram os preconizados de acordo com o grau de risco para doenças cardiovasculares em mulheres: risco aumentado (CA > 80 cm) e risco muito aumentado (CA > 88 cm). Foram definidos como fatores de risco para doenças cardiovasculares valores de TG ≥ 150 mg/dl, glicemia ≥ 110 mg/dl, níveis de CT ≥ 200 mg/dl, níveis de LDL-c ≥ 130 mg/dl e níveis de HDL-c < 50 mg/dl, pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 130 mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) ≥ 85 mmHg. A presença de SM foi definida de acordo com os critérios do NCEP – ATPIII, a qual requer a presença de três ou mais de cinco fatores: a) CA: > 88 cm; b) concentração plasmática de TG ≥ 150 mg/dl; c) concentração plasmática de HDL-c < 50 mg/dl; d) PAS ≥ 130 mmHg ou PAD ≥ 85 mmHg; e) glicemia de jejum ≥110 mg/dl. Para avaliar o risco cardiovascular foi utilizado o modelo de avaliação de risco cardiovascular de Framingham, (ERF), que é utilizado para estimar o risco absoluto para o desenvolvimento de doenças coronarianas isquêmicas ou morte em sua decorrência em 10 anos e inclui em seu cálculo dados referentes à idade, gênero, valores séricos de CT e HDL-c, PA e tabagismo. Define-se como alto risco cardiovascular (escores >20%); risco cardiovascular intermediário (entre 10 e 20%); e baixo quando risco cardiovascular (<10%). Resultados: A amostra foi composta por 137 mulheres de 40 a 65 anos, 35% na pós-menopausa, atendidas em dois consultórios particulares de ginecologia, um em Betim/MG e outro em Igarapé/MG. A idade mediana foi 47 ± 10 anos, 81,6% eram casadas ou viviam com um companheiro e 42,3% da raça branca. Predominaram as mulheres com 12 anos ou mais de estudo (35,8%), e com renda pessoal entre um e dois salários mínimos, 33% (Tabela 1). Houve diferença no perfil das mulheres entre as fases do climatério com relação à idade (mulheres na pós menopausa eram mais velhas (p<0,001) e no estado civil (menor proporção de mulheres casadas ou com companheiro na pós-menopausa, p=0,049) (Tabela 1). A idade média à menopausa foi 48,6 ± 4,2 anos, e o tempo médio de menopausa de 7,9 ± 5,4 anos. A menopausa natural ocorreu em 31,3% das mulheres (83,3% na pós-menopausa). A TH foi utilizada por apenas 10,2% das mulheres (27,1% na pós menopausa), e o tipo mais comum de TH foi a transdérmica (7,3% da amostra, 20,8% das mulheres na pósmenopausa). O tempo médio de uso de TH foi 37,2 ± 32,7 meses. O uso anterior de TH foi declarado por 10,2% das mulheres, sendo em 5,1% da amostra do tipo oral, e utilizada por 59,6 ± 56,9 meses em média. A maioria das mulheres (89,1%) tiveram alguma gestação, 63% tiveram algum parto normal e 31,2% tiveram aborto. Quanto aos fatores de risco cardiovascular analisados, os valores observados para o IMC foram mediana 26 ± 6 kg/m2, para a CA média 93,8 ± 11,5 cm, para a PAS mediana 120 ± 20 mmHg e para PAD mediana 75 ± 15 mmHg. Além de valores medianos para o CT (198 ± 50), HDL-c (52 ± 19), LDL-c (122 ± 51), TG (114 ± 73) e glicemia (86 ± 15), todas as medidas em mg/dl. Apenas 8% das mulheres eram diabéticas, 26,3% eram fumantes ou ex-fumantes, 27,7% faziam consumo de bebida alcoólica, e 35,8% praticavam algum tipo de atividade física. O hábito de consumir, pelo menos uma vez por semana, alimentos fritos ou algum tipo de doce foram declarados em 44,5% e 59,3% respectivamente. A maioria, 82,5%, tinha história familiar de DCV (em 73% da amostra em pai e/ou mãe), e a história pregressa de DCV foi relatada por 24,3% da amostra. As mulheres na pós-menopausa apresentaram maiores valores de CT e HDL-c (p=0,005 em ambos os casos) (Tabela 2). A Tabela 3 apresenta a caracterização da amostra quanto ao perfil de risco para DCV. Apenas 6,6% das mulheres eram fumantes atuais, enquanto 19,7% eram ex-fumantes. Com relação à deposição e gordura abdominal, valores de CA maiores que 80 cm foram observados em 87,6% da amostra, e maiores que 88 cm em 67,2%. O CT de pelo menos 200 mg/dl foi observado em 48,2% das mulheres, sendo este percentual maior entre aquelas na pós-menopausa (p=0,022), o HDL-c menor que 50 mg/dl foi verificado em 42,3% dos casos, sendo menor a proporção entre as mulheres na pós-menopausa (p=0,005) e o LDL-c de pelo menos 130 mg/dl ocorreu em 39,4% dos casos. TG de pelo menos 150 mg/dl foi verificado em 29,9% das mulheres, PAS maior ou igual a 130 mmHg em 25,5%, PAD maior ou igual a 85 mmHg em 25,5%, glicemia maior ou igual a 110 mg/dl em 8,8% dos casos e SM (representada pelo conjunto de fatores de risco cardiovascular: deposição de gordura abdominal, resistência insulínica, HAS, HDL-c baixo e hipertrigliceridemia) em 35% das mulheres. Ao analisar o ERF, 9,5% das mulheres apresentaram risco intermediário/alto para DCV, sendo este percentual igual a 6,7% entre as mulheres na pré-menopausa e 14,6% na pós menopausa (p=0,219). O valor mediano do risco cardiovascular em 10 anos foi 3,9 ± 3,9, sendo maior para as mulheres na pós-menopausa (p<0,001) (Tabela 4). Na comparação dos fatores de risco para DCV nas categorias do escore de Framingham, observaram-se valores maiores para as mulheres com risco intermediário/alto de CA (p=0,044), glicemia (0,033) e TG (p=0,007). Todas as mulheres com risco intermediário/alto apresentavam SM (p<0,001) (Tabela 5). Quando os componentes da SM foram avaliados na amostra observou-se: circunferência abdominal >88 cm (93,6%), HDL-c <50mg/dl (66%), níveis elevados de TG (61,7%), PAS aumentada (55%), PAD aumentada (51%) e glicemia ≥110mg/dl (23,4%). Quando foi considerada a associação entre CA e demais fatores de risco para DCV, como HDL-c, TG, PAS, PAD e glicemia, a associação entre CA e HDL foi inversa (r = -0,273), ou seja, aumento na CA leva à diminuição do HDL-c (p=0,001). A CA relacionou-se positivamente com os níveis elevados de TG (r= 0,207; p=0,015), PAS (r= 0,239; p=0,005) e a glicemia (r= 0,322; p<0,001), indicando que o aumento desses parâmetros foi relacionado ao aumento na CA. Discussão: As variáveis orgânicas que definem o risco cardiovascular (CT, HDL-c, LDL-c, TG, PA e glicemia) costumam surgir ou se agravar no período do climatério, acarretando um aumento na ocorrência de

eventos cardiovasculares em mulheres. Antes da menopausa, os valores de CT e LDL-c são mais baixos em mulheres, quando comparado aos homens, na mesma faixa etária, e o HDL-c é mais elevado entre as mulheres. A pós menopausa é um período de hiper androgenismo relativo, como consequência da queda de estrogênios, em comparação aos andrógenos, que pode levar à formação da aterosclerose, com aumento dos níveis de LDL-c e CT, e diminuição nos níveis de HDL-c. Neste estudo, a idade média foi de 49 anos, e 35% das mulheres estavam na pós menopausa, sendo 42,3% brancas. Níveis elevados de CT foram observados em 48,2% das mulheres, sendo este percentual maior entre aquelas na pós-menopausa, o HDL-c reduzido foi verificado em 42,3% das mulheres, sendo menor a proporção entre as mulheres na pós menopausa. As médias dos valores de TG foram mais elevados em mulheres na pós menopausa assim como o LDL-c, entretanto para essas medidas, as diferenças não foram estatisticamente significantes. Comparando esses resultados com estudos realizados no Sistema Único de Saúde, em estudo retrospectivo conduzido em 164 mulheres, sendo 69,5% na pós-menopausa, atendidas pelo Programa de Saúde da Família em Montes Claros/MG, a média de idade foi de 61 anos e 52,4% brancas, também foi observado na pós-menopausa um aumento dos fatores de risco cardiovascular, e alguns com maior gravidade como os níveis de CT (59,6%) e LDL-c (58,8%). Os níveis de HDLc foram considerados abaixo do ideal em 61,4% dessas mulheres e os níveis de TG foram elevados em 48,2%. Neste estudo, as mulheres na pós-menopausa apresentaram maior risco cardiovascular. Considerando os demais fatores de risco, que não compunham o ERF, observou-se nas mulheres com risco intermediário/alto, maiores valores de CA (p=0,044), glicemia jejum (0,033) e TG (p=0,007). Também foi observado que todas as mulheres com risco intermediário/alto apresentavam SM. Segundo Wilson et al estima-se que metade dos eventos cardiovasculares nas mulheres esteja relacionada à síndrome metabólica. Também foi observado que o aumento da CA se correlacionou positivamente com níveis elevados de TG. Neste estudo, o percentual de mulheres com glicemia jejum elevada foi semelhante entre as mulheres na pré-menopausa e pós menopausa, porém considerando o risco cardiovascular, a glicemia apresentou maiores valores para as mulheres com risco intermediário/alto, e foi observado que o aumento da CA relacionou-se positivamente com a glicemia jejum. O excesso de peso e, especialmente, a obesidade abdominal correlacionam-se com a maioria dos fatores de risco cardiovascular, principalmente com níveis elevados de TG e reduzidos de HDL-c, apresentando maior impacto também na elevação da PA. Durante a transição menopáusica, a forma de distribuição da gordura corporal das mulheres parece se modificar, apresentando tendência de acumular-se na região abdominal. A transição para a menopausa não contribui diretamente para o ganho de peso, mas sim para a redistribuição da gordura corporal, com mais deposição na região abdominal.26 Neste estudo, com relação à CA foram encontrados valores maiores que 80 cm em 87,6% da amostra, e maiores que 88 cm em 67,2%. Não houve diferença na proporção de CA maiores que 88 cm na pré e pós-menopausa. Também foi observado que mulheres na pós-menopausa apresentaram maior risco cardiovascular quando comparado às mulheres na pré-menopausa, sendo verificados maiores valores de CA para as mulheres com risco intermediário/alto de circunferência abdominal. Também foi observada correlação positiva entre CA com TG, PAS e glicemia jejum, indicando que o aumento destes parâmetros foi associado ao aumento da CA. A transição menopáusica está associada a um ganho significativo de peso (2 a 2,5 kg em média), concomitantemente, há um aumento na adiposidade, e uma diminuição na despesa energética. Ganho de peso e obesidade impulsionam o aumento de SM em mulheres na pós menopausa. Assim, tais fenômenos têm sido apontados como essenciais para explicar maior risco de SM e aumento dos níveis de CT e TG, e a menopausa tem sido considerada um preditor de SM, independente da idade em mulheres. Neste estudo, mulheres com SM apresentaram maior CA, e níveis mais elevados de PAS, PAD, TG e glicemia jejum. A CA esteve aumentada em 93,6% das mulheres com SM. Além disso, com base no ERF, todas as mulheres com risco intermediário/alto apresentavam SM. Quando considerada a associação entre CA e fatores de risco para DCV, o aumento na CA levou à diminuição do HDL-c. Em revisão sistemática que avaliou a prevalência da SM e seus componentes na transição menopáusica, a maioria dos estudos apresentou na transição menopáusica aumento na medida da CA, e dos níveis de PA, TG, glicemia, além de redução dos níveis de HDLc. Conclusão: Mulheres na pós- menopausa apresentaram maior risco de eventos cardiovasculares quando comparado às mulheres na pré-menopausa. Diante deste cenário, justifica-se a adoção de medidas de prevenção primária, considerando mudanças de estilo de vida, para modificação do perfil de risco dessa população a fim de reduzir a morbimortalidade dos eventos cardiovasculares. Ainda em debate está a TH. Nas últimas décadas, grande destaque foi dado a ela na pós-menopausa, como alternativa eficaz no controle dos efeitos do decréscimo de produção de esteroides ovarianos, principalmente estradiol e progesterona. Estudos observacionais demonstraram que a TH foi efetiva não somente para o alívio de sintomas, mas também para reduzir no risco de DCV (Grodstein F, Stampfer MJ, Colditz GA. Postmenopausal hormone therapy and mortality). Estudos observacionais, realizados nas décadas de 80 e 90, indicaram redução no risco de DCV entre as mulheres que utilizaram estrogênios (com ou sem associação com progestogênios). A redução foi significativa sugerindo uma redução na incidência de doença coronariana de 30% a 50% (Dubey RK, Imthurn B, Barton M, Jackson EK. Vascular consequences of menopause and hormone therapy: Importance of timing of treatment and type of estrogen). A introdução da TH logo no início da pós-menopausa pode ser benéfica sob o ponto de vista cardiovascular. Contrariamente, idade avançada, tempo desde a menopausa, e a presença de fatores de risco cardiovasculares ou de DCV preexistentes podem reduzir sua eficácia e aumentar o risco de eventos cardiovasculares (Collins P, Rosano G, Casey C, Daly C, Gambacciani M, Hadji P et al. Management of cardiovascular risk in the perimenopausal women: a consensus statement of European cardiologists and gynecologists).

Tabela 1. Características sociodemográficas, de mulheres de 40 a 65 anos, na pré e pós -menopausa, em consultório particular de ginecologia em Betim/MG e Igarapé/MG

Variáveis	Toda a amostra *(n=137)*	Pré-menopausa *(n=89)*	Pós-menopausa *(n=48)*	P-valor
Idade	47 ± 10	44 ± 5	55,5 ± 7	<0,001 W
Estado civil*				0,049 Q
Solteira/Viúva	15 (11%)	6 (6,8%)	9 (18,8%)	
Casada/ Com companheiro	111 (81,6%)	7 (87,5%)	34 (70,8%)	
Divorciada/ Desquitada/ Separada judicialmente	10 (7,4%)	5 (5,7%)	5 (10,4%)	
Raça				0,669 Q
Não branca	79 (57,7%)	53 (59,6%)	26 (54,2%)	
Branca	58 (42,3%)	36 (40,4%)	22 (45,8%)	
Escolaridade *(anos de estudo)*				0,389 Q
Até 4 anos Entre 5	35 (25,5%)	23 (25,8%)	12 (25%)	
e 8 anos Entre 9 e	20 (14,6%)	13 (14,6%)	7 (14,6%)	
11 anos 12 anos	33 (24,1%)	25 (28,1%)	8 (16,7%)	
ou mais	49 (35,8%)	28 (31,5%)	21 (43,8%)	
Renda*				0,259 Q
Até 1 salário mínimo (SM)	34 (31,2%)	21 (29,6%)	13 (34,2%)	
Entre 1 e 2 SM	36 (33%)	28 (39,4%)	8 (21,1%)	
Entre 2 e 3 SM	14 (12,8%)	8 (11,3%)	6 (15,8%)	
Mais de 3 SM	25 (22,9%)	14 (19,7%)	11 (28,9%)	

Nota: * variáveis que possuem *missings*. Os p-valores referem-se aos testes: W Wilcoxon Mann-Whitney para amostras independentes e Q Qui-quadrado de independência. A idade foi apresentada como mediana ± DI

Tabela 2. Fatores de risco cardiovascular em mulheres de 40 a 65 anos, na pré epós-menopausa, em consultório particulardeginecologia em Betim/MG e Igarapé/MG

Variáveis	Todaaamostra *(n=137)*	Pré-menopausa *(n=89)*	Pós-menopausa *(n=48)*	P-valor
IMC (kg/m^2) Circunferência	26 ± 6	27 ± 7	25,1 ±4,4	0,281 W
abdominal (cm) Pressão	93,8 ± 11,5	94,2 ± 11,8	92,9±11	0,533 T
arterial (mmHg)				
Sistólica	120 ± 20	120 ± 15	120 ± 15	0,092 W
Diastólica **Medidas**	75 ± 15	75 ± 10	77,5 ± 15	0,386 W
laboratoriais				
Colesterol total (mg/dl)	198 ± 50	190 ± 45	211 ± 55,8	*0,005* W
HDL (mg/dl)	52 ± 19	48 ± 19	55,5 ± 19,8	*0,005* W
LDL (mg/dl)	122 ± 51	118 ± 46	126 ± 50	0,141 W
Triglicérides (mg/dl)	114 ± 73	102 ± 72	126,5 ± 85,8	0,090 W
Glicemia jejum (mg/dl)	86 ± 15	85 ± 12	86,6 ± 16,4	0,554 W
Diabetes Mellitus	11 (8%)	7 (7,9%)	4 (8,3%)	1,000 F
Hábitos de vida				
Fumante atual/ex-fumante	36 (26,3%)	18 (20,2%)	18 (38,3%)	0,051 Q
Etilista atual	38 (27,7%)	21 (23,6%)	17 (35,4%)	0,203 Q
Atividades físicas Consumo	49 (35,8%)	28 (31,5%)	21 (43,8%)	0,213 Q
de frituras[1] Consumo de	61 (44,5%)	42 (47,2%)	19 (39,6%)	0,500 Q
doces*[2]	80 (59,3%)	52 (59,1%)	28 (59,6%)	1,000 Q
História familiar DCV	113 (82,5%)	73 (82%)	40 (83,3%)	1,000 Q
Pai/Mãe	100 (73%)	63 (70,8%)	37 (77,1%)	0,555 Q
Tios/Avós	47 (34,3%)	31 (34,8%)	16 (33,3%)	1,000 Q
História pregressa DCV*	33 (24,3%)	21 (23,6%)	12 (25,5%)	0,968 Q

Nota: * variáveis que possuem *missings*. DCV = doença cardiovascular. Os p-valores referem-se aos testes: W Wilcoxon Mann-Whitney (dados apresentados como mediana ± DI) e T t-Student (dados apresentados como média ± DP) para amostras independentes, Q Qui-quadrado de independência e F exato de Fisher.
[1] Consumo de frituras, salgadinhos fritos, carnes salgadas, hamburguer, presunto e embutidos, pelo menos uma vez por semana [2] Consumo de bolo recheado, biscoito doce, refrigerante, suco industrializado ou doces de qualquer tipo, pelo menos uma vez por semana.

Tabela 3. Perfil de risco para doenças cardiovasculares em mulheres de 40 a 65 anos, na pré e pós-menopausa, em consultório particular de ginecologia em Betim/MG eIgarapé/MG

Variáveis	Todaaamostra *(n=137)*	Pré-menopausa *(n=89)*	Pós-menopausa *(n=48)*	P-valor
Circunferência abdominal				
> 80 cm	120 (87,6%)	78 (87,6%)	42 (87,5%)	1,000 Q
> 88 cm	92 (67,2%)	60 (67,4%)	32 (66,7%)	1,000 Q
Tabagismo				
Fumante atual	9 (6,6%)	4 (4,5%)	5 (10,4%)	0,277 F
Ex-fumante	27 (19,7%)	14 (15,7%)	13 (27,1%)	0,121 F
Colesterol total				*0,022Q*
≥ 200 mg/dl	66 (48,2%)	36 (40,4%)	30 (62,5%)	
HDL				*0,005 Q*
< 50 mg/dl	58 (42,3%)	46 (51,7%)	12 (25%)	
LDL				0,344 Q
≥ 130 mg/dl	54 (39,4%)	32 (36%)	22 (45,8%)	
Triglicérides				0,657 Q
≥ 150 mg/dl	41 (29,9%)	25 (28,1%)	16 (33,3%)	
Pressão sistólica				0,922 Q
≥ 130 mmHg	35 (25,5%)	22 (24,7%)	13 (27,1%)	
Pressão diastólica				0,922 Q
≥ 85 mmHg	35 (25,5%)	22 (24,7%)	13 (27,1%)	
Glicemia				0,852 Q
≥ 110 mg/dl	12 (8,8%)	7 (7,9%)	5 (10,4%)	
Síndrome metabólica*	48 (35%)	32 (36%)	16 (33,3%)	0,905 Q

Nota: Os p-valores referem-se aos testes Q qui-quadrado de independência e F exato de Fisher. Ocorrência de pelo menos três dos seguintes sinais: circunferência abdominal > 88cm, pressão sistólica ≥ 130mmHg, pressão diastólica ≥ 85mmHg, triglicérides ≥ 150 mg/dl, HDL < 50 mg/dl e glicemia ≥ 110 mg/dl.

Tabela 4. Escores de risco de Framigham em mulheres de 40 a 65 anos, napré e pós-menopausa, em consultório particulardeginecologia em Betim/MG

Variáveis	Toda aamostra *(n=137)*	Pré-menopausa *(n=89)*	Pós-menopausa *(n=48)*	P-valor
Risco de DCV (10 anos)				0,219 F
Baixo	124 (90,5%)	83 (93,3%)	41 (85,4%)	
Intermediário/Alto*	13 (9,5%)	6 (6,7%)	7 (14,6%)	
Risco cardiovascular	3,9 ± 3,9	3,3 ± 2,5	6,3 ± 3	<0,001 W

Nota: Os p-valores referem-se aos testes: F exato de Fisher e W Wilcoxon Mann-Whitney para amostras independentes. *Apenas três pacientes tinham risco alto.

Tabela 5. Fatores de risco para DCV (não incluídos na obtenção do score de risco de Framingham) segundo categorias do risco de Framigham em mulheres de 40 a 65 anos, na pré e pós-menopausa, em consultório particular de ginecologia em Betim/MG

Variáveis	Risco baixo *(n=124)*	Risco Intermediário/Alto *(n=13)*	P-valor
IMC (kg/m^2)	26 ±7	28 ± 4	0,121 W
Circunferência abdominal (cm)	93,3 ± 11,7	98,6 ± 8,1	0,044 T
Etilista atual	34 (27,4%)	4 (30,8%)	0,754 F
Pratica atividades físicas	80 (64,5%)	8 (61,5%)	1,000 F
História familiar DCV Pós-	101 (81,5%)	12 (92,3%)	0,465 F
menopausa Glicemia	41 (33,1%)	7 (53,8%)	0,220 F
Triglicérides	85,5 ± 14	96 ± 36	0,033 W
Síndrome metabólica	104 ± 70,8	142 ± 73	0,007 W
Consumo de frituras[1]	35 (28,2%)	13 (100%)	<0,001 F
Consumo de doces[2]	54 (43,5%)	7 (53,8%)	0,563 F
	75 (61,5%)	5 (38,5%)	0,140 F

Nota: Os p-valores referem-se aos testes: F exato de Fisher e W Wilcoxon Mann-Whitney (dados apresentados como mediana ± DI) e T t-Student (dados apresentados como média ± DP) para amostras independentes.[1] Consumo de frituras, salgadinhos fritos, carnes salgadas, hamburguer, presunto e embutidos, pelo menos uma vez por semana.[2] Consumo de bolo recheado, biscoito doce, refrigerante, suco industrializado ou doces de qualquer tipo, pelo menos uma vez por semana.